



Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen
Auch im Internet: www.laekh.de

3 | 2009
März 2009
70. Jahrgang



- 2. Hessischer Heilberufetag am 3. Juni 2009
- Zertifizierte Fortbildung: Aktueller Standpunkt zur Strahlenexposition in der Diagnostischen Radiologie
- Strukturierte analytische Psychotherapie – ein Rückblick
- Aut idem: Ist „Gleiches“ wirklich immer „gleich“?
- Schmerztherapie: Ist Morphin anderen Opioiden noch ebenbürtig?
- Evaluation: Wie gut ist die Qualität ärztlicher Weiterbildung?

Ausstellung „Dahinter“ im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim (siehe Seite 157)

Bilder von Professor Dr. Diethard Gemsa

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen
der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.
und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen K.d.ö.R.

Impressum**Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. Michael Popović
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M.A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebental
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Frankfurt
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Dr. Alexander Schmid, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-147, Fax 069 97672-247
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel. 0341 710039-90, Fax 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer
Tel. 0341 710039-92
E-Mail: lk@l-va.de

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

zzt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2009 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 104,50 €
(12 Ausgaben), im Ausland 104,50 € zzgl. Versand.
Kündigung des Bezugs 3 Monate vor Ablauf
des Abonnements. Für die Mitglieder der
Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis
durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



Editorial	156
Fortbildung	
Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen	157
Ausstellung „Dahinter“ – Bilder von Diethard Gemsa	157
Vorankündigung: 2. Hessischer Heilberufetag am 3. Juni 2009	158
Professor Dr. med. Wilhelm Theopold †	159
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Aktueller Standpunkt zur Strahlenexposition in der Diagnostischen Radiologie	160
Multiple Choice-Fragen	167
Medizinisches Kreuzworträtsel	168
Historisch-Aktuelles	
Strukturierte analytische Psychotherapie auf einer psychosomatischen Station in Frankfurt – ein Rückblick	169
Aktuelles	
Aut idem: Ist „Gleiches“ wirklich immer „gleich“?	176
Schmerztherapie: Ist Morphin anderen Opioiden noch ebenbürtig?	180
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	185
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	191
Aktuelles	
Geschichte einer wissenschaftlichen Publikation – nur noch englische Zitate erwünscht	194
Epidemiologie/Chron.Atemwegserkrankung – Ein Krankheitsbild mit hohen sozialen Kosten	195
LÄK fragt: Wie gut ist die Qualität ärztlicher Weiterbildung? (Bundesweites Evaluationsprojekt startet im April)	196
Neues Informationsangebot auf DVD: Wie erstelle ich meine Patientenverfügung?	197
Arzt- und Kassenarztrecht	
Haftungsrechtliche Auswirkungen fehlender Compliance von Patienten	198
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	199
Mit meinen Augen	
Im Schatten der Gesundheitsreform: Zank und Streit und jede Menge Fehler	200
Satire Was soll denn der Junge mal werden?	201
Humoristisches Das Walross	201
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	202
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	211
Bücher	212

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung überträgt der Autor das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen auf die Schriftleitung des „Hessischen Ärzteblattes“. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Alle Verwertungsrechte der gedruckten und der elektronischen Ausgaben sind der Leipziger Verlagsanstalt GmbH übertragen. Kopien in körperlicher und nichtkörperlicher Form dürfen nur zu persönlichen Zwecken angefertigt werden. Gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH möglich. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Bild pop)

immer neue Reglementierungen, täglich anwachsende Berge von Formularen, die uns Zeit für die Patientenversorgung stehlen, Budgetierung, unzureichende Vergütung und belastende Arbeitsbedingungen: Angesichts der heutigen Situation ärztlicher Berufsausübung verwundert es nicht, wenn sich Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis zunehmend als fremdbestimmte Erfüllungsgehilfen der Gesundheitspolitik empfinden. Ökonomische Vorgaben und der Rechtfertigungsdruck für ärztliche Leistungen trüben die Freude am Beruf mit der individuellen Verantwortung für die Patienten.

„Freier Beruf – das war einmal“: Dieser Verdacht könnte sich angesichts eines von der Ökonomie dominierten Gesundheitswesens aufdrängen, das durch Kostendruck und Preiswettbewerb das Arzt-Patienten-Verhältnis belastet. Auch das ärztliche Berufsethos ist bedroht. Angestellte Krankenhausärzte protestieren gegen unerträgliche berufliche Rahmenbedingungen, Bürokratie und Mittelkürzungen für die Kliniken. Ein Protest, den die Landesärztekammer Hessen mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln unterstützt. Viele vertragsärztlich tätige niedergelassene Kolleginnen und Kollegen fühlen sich von dem Wettkampf der Krankenkassen und der weiteren Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung verunsichert. Im Zuge der Honorarreform sollen sie die zunehmende Rationierung gegenüber ihren Patienten durchsetzen und müssen gleichzeitig mit einem begrenzten Budget auskommen. Dabei nimmt der Anteil, den die Krankenkassen aus ihren Finanztöpfen für die ambulante Versorgung zahlen,

immer stärker ab. „Versorgung aus einer Hand“ durch Versorgungszentren lautet die Vision der Bundesgesundheitsministerin. Ich verspreche Ihnen, dass die ärztliche Selbstverwaltung sich gegen den offenkundigen Versuch der Politik, den niedergelassenen Vertragsarzt zu einer aussterbenden Spezies zu degradieren, zur Wehr setzen wird.

Auch die privatärztliche Abrechnung scheint einigen Politikern ein Dorn im Auge. So ist der von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vorgelegte Referentenentwurf für eine neue Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) ein düsterer Vorbote für die Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und ein durchsichtiger Versuch, privatärztliche Gebührenordnungen den Bewertungsmaßstäben der gesetzlichen Krankenkassen anzugleichen. Über 20 Jahre lang ist weder das völlig veraltete Gebührenverzeichnis der GOÄ auf den modernen Stand der Wissenschaft gebracht worden noch eine Gebührenanpassung erfolgt. Nun will die Bundesregierung mit der geplanten Novellierung der zahnärztlichen Gebührenordnung offenbar die Weichen für eine ungebremste Talfahrt in die Einheitsversicherung stellen. Dass der Referentenentwurf für die GOZ nur eine minimale Anhebung des Punktwertes privat Zahnärztlicher Leistungen von 5,62421 Cent auf 5,65 Cent und gleichzeitig eine Öffnungsklausel für separate Abschlüsse vorsieht, ist eine Provokation der (Zahn-)Ärzteschaft. Wenn nach fast einem Vierteljahrhundert Stillstand bei der Gebührenanpassung der Punktwert auch für den Bereich der GOÄ nur um 0,46 Prozent angehoben werden sollte, werden damit noch nicht einmal inflationsbedingte Kostensteigerungen berücksichtigt. Dass dies die wirtschaftliche Existenz vieler Arztpraxen in Hessen gefährdet, liegt auf der Hand.

Liebe Kolleginnen und Kollegen: So weit dürfen wir es nicht kommen lassen. Wir

machen uns als ärztliche Selbstverwaltung dafür stark, dass sich die beruflichen Rahmenbedingungen verbessern, Ärztinnen und Ärzte angemessen für ihre Arbeit vergütet werden und wieder Freude an ihrer Tätigkeit haben. Und wir setzen uns vehement für den Erhalt der Freiberuflichkeit des Arztberufes ein. Der ärztliche Berufsstand ist seiner Natur nach ein freier Beruf und muss es auch bleiben. Ein wesentlicher Charakterzug des Freiberuflers ist ein sich aus der Berufung für die gewählte Aufgabe ergebendes Arbeitsethos. Auch das Vertrauen – in unserem Falle zwischen Arzt und Patienten – ist ausschlaggebend für das Selbstverständnis des freien Berufes. Staatliche Eingriffe in dieses schützenswerte Vertrauensverhältnis lehnen wir daher ab. Der Arztberuf ist mit einer besonderen Verantwortung für den Menschen und für das Allgemeinwohl verbunden. Dieser hohen Verantwortung muss sich die Ärzteschaft immer wieder bewusst werden und sie auch deutlich vertreten. Wir Ärztinnen und Ärzte wollen uns nicht ärztliche Entscheidungen diktieren lassen, sondern unsere Patienten nach dem besten Wissen auf dem heutigen Stand der Medizin behandeln. Wichtig für den Behandlungserfolg sind nicht nur Fachkompetenz, sondern auch Zeit, Menschlichkeit und individuelle Zuwendung. Dafür treten Ärzte als Freiberufler mit hohem persönlichen Engagement ein. Ich möchte Sie dazu ermuntern, die ärztliche Selbstverwaltung in ihrem Anliegen, die ärztliche Freiberuflichkeit zu bewahren, zu unterstützen.

Herzlichst
Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach, Präsident

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 2: Roter Fingerhut (*Digitalis purpurea* L.) *Alexander H. Jakob*

Wenn in den Monaten Juni bis August auf Waldlichtungen des Taunus ganze Felder des roten Fingerhutes stehen oder einzelne Pflanzen die Wege säumen, dann ist dies jedesmal auch Zeugnis einer insbesondere medizinhistorisch interessanten Pflanze.

Die der Familie der Wegerichgewächse zugehörige Pflanze hat durch ihren Gehalt an herzwirksamen Glykosiden besondere Bedeutung erlangt.

Die Wirksamkeit der Digitalisglykoside liegt in der Hemmung der Membran-ATPase des Herzens und stellt auch heute noch eine Therapieoption insbesondere bei der kardialen Insuffizienz dar.

Bereits 1785 beschrieb der englische Arzt William Withering die harntreibende Wirkung des Fingerhutes („An account

of the Foxglove and its medical uses“), der in der Volksmedizin schon lange eine Rolle gespielt hatte. In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde der Fingerhut zunehmend medizinisch eingesetzt und es fanden die Isolierungen der Wirkstoffe statt.

In der klassischen Phytotherapie spielt der Fingerhut keine Rolle mehr, während weiterhin isolierte, standardisierte Reinglykoside verwendet werden.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Alexander H. Jakob
Facharzt für Allgemeinmedizin
– Naturheilverfahren –
Stierstädter Straße 8a
61350 Bad Homburg v. d. H.
E-Mail: drjakob@gmx.de



Roter Fingerhut

Ausstellung „Dahinter“ – Bilder von Diethard Gemsa

Im Januar 2009 wurde im Foyer des Fortbildungszentrums der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim o.g. Ausstellung eröffnet.

Kreisrunde Flächen, die ihre Fühler vor blau-meliertem oder rotem Hintergrund ausstrecken. Ein Spinnennetz, auf dessen Fäden winzige Strichmännchen einem dunklen Loch entgegenstreben: Diethard Gemsas Bilder sind weder abstrakt noch gegenständlich. Sie bestehen durch intensive Farbgebung und werden von Wesen bevölkert, die einer Traumwelt entstiegen zu sein scheinen. Wie Urformen sind diese auf das Wesentliche reduziert und

drücken in fast karikaturhafter Überzeichnung Glück und Trauer, Liebevollnes und Boshafes aus. Über scheinbare mikroskopische Gegenständlichkeit bewegt sich der Arzt und Künstler Gemsa in die Abstraktion, um darzustellen, wie Menschen untereinander und miteinander agieren.



Professor Dr. Diethard Gemsa wurde 1937 in Berlin geboren. Er studierte Kunst und Medizin in Berlin und schloss sein Medizinstudium 1964 in Freiburg ab. Nach einer erfolgreichen wissenschaftlichen Karriere als Immunologe mit den Stationen Lahr, Mainz, Heidelberg, Hannover und Marburg, längeren Auslandsaufenthalten in Seattle und San Francisco, und Professuren in Heidelberg und Marburg, wendet sich Gemsa inzwischen wieder in erster Linie der Malerei zu. Seine neueren Werke sind seit 2002 in zahlreichen Einzel-Ausstellungen gezeigt worden.

LÄK

Ausstellungsdauer im Fortbildungszentrums der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim: **21. Januar – 7. April 2009.**

Vorankündigung

2. Hessischer Heilberufetag

Symposium mit Vorträgen und Diskussion



Dürfen wir, was wir können?

Die hessischen Heilberufe:
Verantwortung für Mensch, Tier und Umwelt

3. Juni 2009 | 16.00 Uhr

Wiesbadener Casino-Gesellschaft
Friedrichstraße 22 | 65185 Wiesbaden

Hauptreferent: Kardinal Lehmann

Wir laden Sie herzlich ein. Diskutieren Sie mit!

Veranstalter:

Landesärztekammer Hessen | Kassenärztliche Vereinigung Hessen | Landes Zahnärztekammer Hessen |
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen | Landesapothekerkammer Hessen |
Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und
Jugendlichen psychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen | Landestierärztekammer Hessen

Weitere Informationen: Pressestelle der Landesärztekammer Hessen
Katja Möhrle, Tel.: 069 97672-188

Suaviter in modo, fortiter in re

Die Landesärztekammer Hessen trauert um

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold,

der am 28. Januar 2009 im Alter von 93 Jahren verstorben ist.

Herr Professor Dr. Wilhelm Theopold hat sich in Hessen und über das Bundesland hinaus in außergewöhnlichem Maße für die zeitgemäße gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung und seinen Berufsstand eingesetzt. Er war von 1956 bis 1964 Vizepräsident und von 1964 bis 1968 Präsident der Landesärztekammer Hessen. In dieser Zeit gehörte er dem Vorstand der Bundesärztekammer an. Hauptschriftleiter des Hessischen Ärzteblattes war er von 1958 bis 1998. Von 1967 bis 1975 war er Mitglied des deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und von 1970 bis 1974 Leiter der medizinisch/wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes.

In seiner Zeit als Chefarzt der Kinderklinik am Klinikum in Frankfurt/M.-Höchst war er Vorsitzender des Ausschusses „Vorbeugende Gesundheitspflege“ der Bundesärztekammer und trug beim 69. Deutschen Ärztetag in Essen die von ihm entwickelten „Vorsorgeuntersuchungen beim Kind im Vorschulalter“ vor, die angenommen und 1971 in die gesetzliche Krankenversicherung übernommen wurden.

In der qualifizierten Ausbildung zum Arzt, seiner Weiter- und Fortbildung, sah er die Grundvoraussetzung für den freien Beruf des Arztes, den er Ende der fünfziger Jahre durch Bestreben der damaligen staatlich verantwortlichen Gesundheits- und Sozialpolitiker gefährdet sah. Er stellte sich an die Spitze der ärztlichen Gegenbewegung in Wort und Schrift und half entscheidend zum Abwehrerfolg, mit der Paulskirche in Frankfurt/M. verbunden, mit.

Ehrenpräsident des Deutschen Ärztetages war Professor Dr. Theopold im Jahre 1988. Vielfach wurde der Verstorbene national und international geehrt. Für die mehrteilige Fernsehsendung „Ein Kind wächst heran“ erhielt er den „Grimme-Preis“.

Er ist Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse, des hessischen Verdienstordens, der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Gold und der höchsten Auszeichnung der Bundesärztekammer, der Paracelsus-Medaille.

Auszug aus der Laudatio:

Neben seiner ärztlichen und berufspolitischen Aktivitäten fand Professor Dr. Theopold noch Zeit für eigene schriftstellerische und dichterische Arbeiten. Er hat sich durch unermüdlichen und selbstlosen Einsatz für seine Patienten, die Gesundheitsvorsorge bei Kindern und für die ärztliche Fortbildung um die heutige Ärzteschaft sowie um das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Wir verbeugen uns vor diesem bedeutenden Arzt und sagen ihm über die Zeiten hinweg Danke!

Für das Präsidium der
Landesärztekammer Hessen K. d. ö. R.
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Für die Bezirksärztekammer Frankfurt
Dr. med. W. A. Fach
Vorsitzender

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602009040370009

Aktueller Standpunkt zur Strahlenexposition in der Diagnostischen Radiologie

Thomas Vogl, Volkmar Jacobi, Thomas Lehnert, Jessen Gurung

Einleitung

In der modernen Medizin ist die konventionelle Röntgendiagnostik durch ihre schnelle Verfügbarkeit und ihren hohen diagnostischen Stellenwert ein unverzichtbarer Bestandteil der Patientenversorgung. Die heutigen Röntgengeräte ermöglichen Röntgenaufnahmen mit modernster digitaler Aufnahmetechnik und computergestützter Bildverarbeitung bei hoher diagnostischer Abbildungsqualität und geringst notwendiger Strahlenexposition.

Gemäß Statistik des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit gilt für das gesamte Bundesgebiet im Jahr 2006 (Abb. 1) die folgende Strahlenexposition:

Nach heutigen Erkenntnissen liegt die akut tödliche Strahlendosis bei ca. 7 Sievert (Sv). Anfang des Jahrhunderts wurden 2,5 Sievert pro Jahr von der amtlichen Röntgenverordnung noch für unbedenklich gehalten. Nach dem Zweiten Weltkrieg waren es nur noch 250 mSv (Millisievert) pro Jahr und Anfang der 60er Jahre noch 5 mSv pro Jahr. Heute empfiehlt die Röntgenverordnung einen

Strahlenexposition der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland in mSv/Jahr (2006) Gesamt: 4 mSv

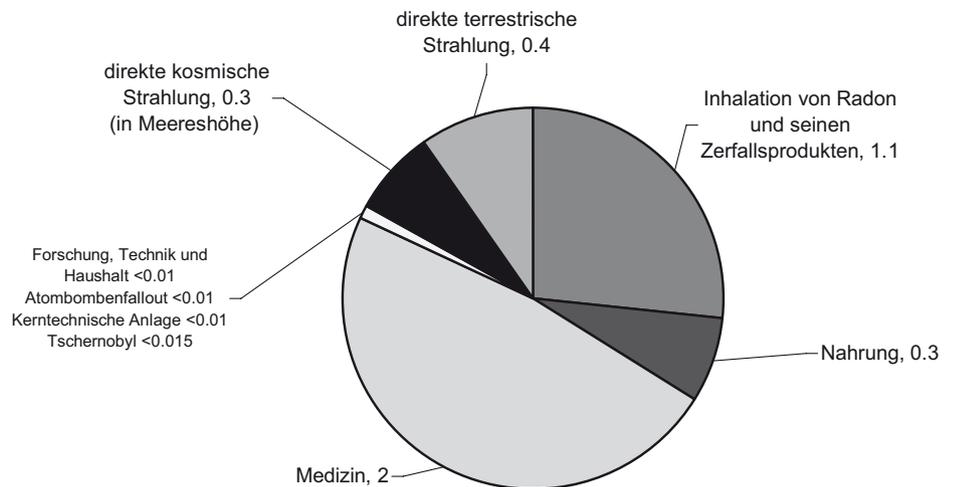


Abb. 1: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit. Jahresbericht 2007.

Wert von unter 2 mSv pro Jahr für die allgemeine Bevölkerung. Die aktuelle Strahlenschutzverordnung fordert für die Bevölkerung, dass neben der natürlichen Umgebungsstrahlung die zivilisatorische Zusatzbelastung höchstens 1,5 mSv pro Jahr ausmachen darf. Für den Arbeitsplatz sind es 15 bzw. 50 mSv pro Jahr nach Verordnung. Zum Vergleich: Hintergrund-

belastung im Mittel (ohne medizinische Anwendungen) ca. 2,6 mSv/a.

Strahlenbelastung: Wie hoch ist diese tatsächlich?

Deutschland wird oft als Weltmeister beim Einsatz medizinischer Röntgenstrahlen benannt. Aber Japan und die USA stehen noch vor uns.

ANZEIGE



Käsbach • Reitz • Dreßler

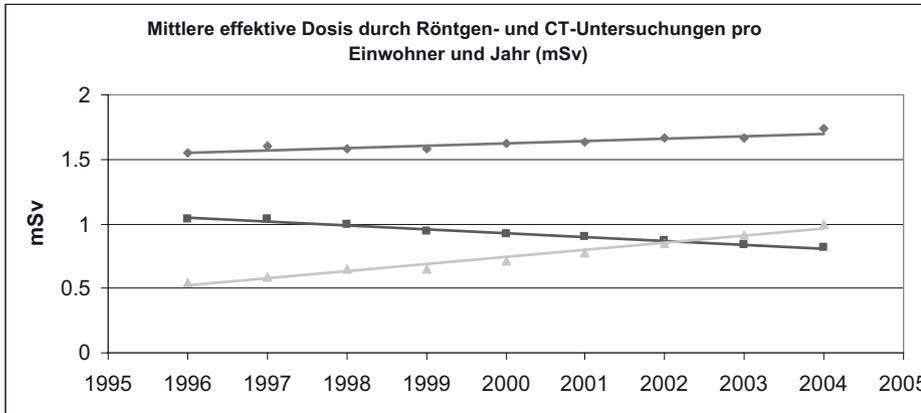
Neue Impulse für die Praxis

Unternehmensberatung für Ärzte, ärztliche Gemeinschaften und Kliniken

- Praxismanagement
- Kooperationen
- Antrags- und WS-Management
- Honoraranalysen

+ 49 69 9 36 23 20 00
www.impulsunternehmensberatung.de





Quelle: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit, Umweltradioaktivität und Strahlenbelastung, Deutscher Bundestag, Drucksache 16/6835, Berlin 2007.

Abb. 2

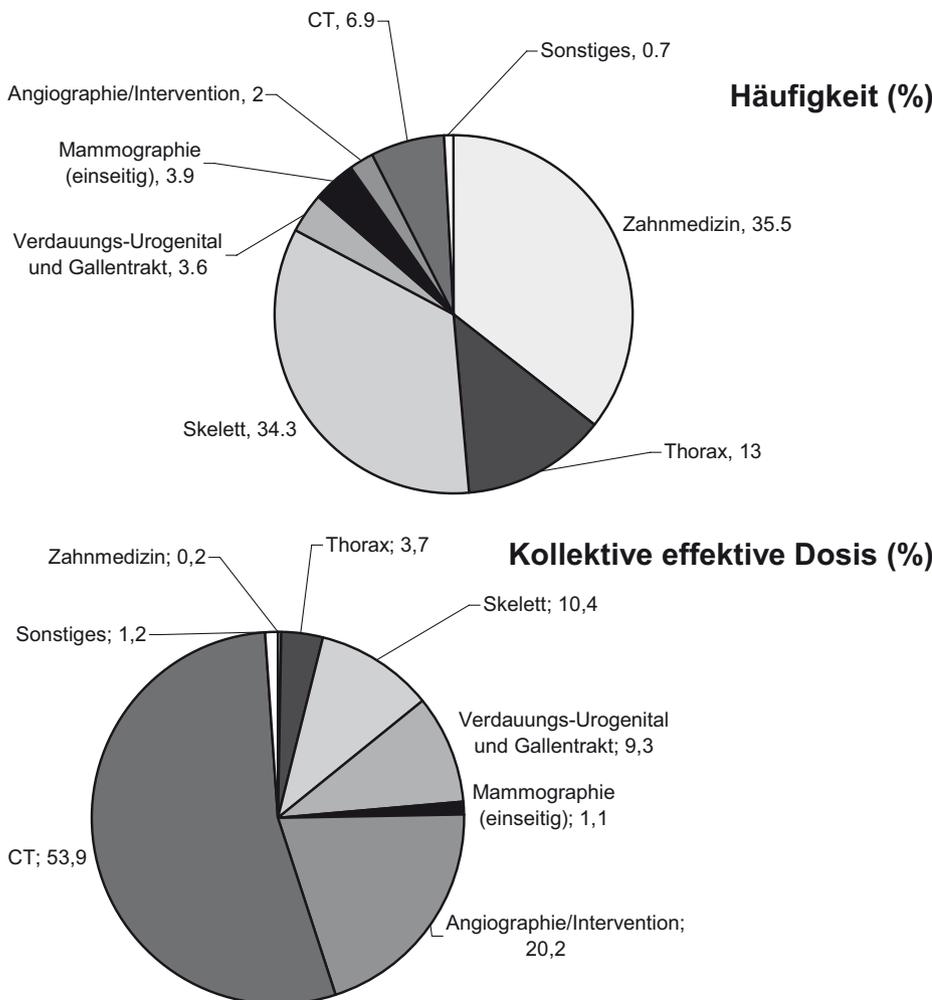


Abb. 3 und 4: Prozentualer Anteil der verschiedenen Untersuchungsarten an der Gesamthäufigkeit und an der kollektiven effektiven Dosis in Deutschland für das Jahr 2004. Deutscher Bundestag Drucksache 6835, Berlin 2007.

Die zivilisatorische Strahlenexposition in Deutschland und anderen Industrienationen basiert überwiegend auf der medizinischen Strahlenanwendung. Die errechnete mittlere medizinisch bedingte Dosisintensität, der ein erwachsener Deutscher pro Jahr derzeit ausgesetzt wird, liegt bei 1,8 mSv. Die Hälfte (0,9 mSv) ist dabei bedingt durch die Computertomographie (CT), obwohl sie nur 8% aller radiologischen Untersuchungen ausmacht. Allein die aus CT-Untersuchungen resultierende effektive Dosis pro Einwohner mit etwa 1,6 mSv in den USA bzw. mit 2,3 mSv in Japan ist höher als die Gesamtdosis für alle in Deutschland durchgeführten Röntgenuntersuchungen. Dieser weltweit zu beobachtende Trend liegt an der steigenden Wertigkeit der Schnittbildverfahren in Diagnostik, Therapieplanung und Therapieüberwachung [1].

Die Häufigkeit von Röntgenuntersuchungen in Deutschland während des beobachteten Zeitraums von 1996 bis 2004 zeigt einen leicht abnehmenden Trend, wobei der Wert für das Jahr 2004 bei etwa 1,7 Röntgenuntersuchungen pro Einwohner im Jahr liegt. Ein Drittel der Gesamtzahl der Röntgenuntersuchungen basiert auf der Röntgendiagnostik in der Zahnmedizin. Neben den zahnmedizinischen Untersuchungen entfällt der größte Teil aller Röntgenuntersuchungen auf den Thorax und das Skelett wie Schädel, Schultergürtel, Wirbelsäule, Beckengürtel, Extremitäten und Brustkorb.

Sehr bemerkenswert ist die stetige Zunahme der CT-Untersuchungen um etwa 65% über den gesamten beobachteten Zeitraum. Dennoch ist der Anteil dieses dosisintensiven Verfahrens an der Gesamtzahl der Röntgenuntersuchungen derzeit noch vergleichsweise gering. Im Vergleich zur CT hat die Anzahl der kon-

ventionellen Untersuchungen des Thorax und des Bauchraumes einschließlich des Magen-Darm-Trakts, des Gallensystems und des Urogenitaltrakts abgenommen.

Die nominelle Strahlenexposition der Bevölkerung durch röntgendiagnostische und nuklearmedizinische Untersuchungen betrug im Jahre 2004 etwa 1,8 mSv pro Einwohner und Jahr.

AUS EINER TABELLE:

- bis 0,5 mSv Jährliche Strahlendosis aus dem All
- bis 1,5 mSv Tägliche Dosis, die ein Astronaut frei im erdnahen All erhält
- bis 2 mSv Jährliche künstliche Strahlendosis insgesamt, die durchschnittlich ein Bundesbürger erhält (z. B. durch Röntgenstrahlen)
- bis 1 Sv Hiroshima-Atombombe in 2.000 m Entfernung
- bis 2 Sv Hiroshima-Atombombe in 1.500 m Entfernung
- bis 4 Sv Jahresdosis der geringer belasteten Gebiete im 30 km Umkreis des Reaktors in Tschernobyl.

Die Rolle der sogenannten Teilgebietsradiologie in Deutschland

Während in sämtlichen EU-Staaten die Radiologie nur von dafür ausgebildeten Fachärzten ausgeübt werden darf, kann in Deutschland praktisch jeder approbierte Arzt radiologische Leistungen erbringen und abrechnen, sofern er eine Zusatzausbildung absolviert hat. Er gilt dann als sogenannter „Teilgebietsradiologe“. Teilgebietsradiologen sind Fachärzte, die die Fachkunde für ein Teilgebiet der Radiologie besitzen; so können z.B. Orthopäden, Chirurgen, Internisten

Tab. 1: Typische effektive Dosen durch medizinische Strahlenexposition

Diagnoseverfahren	typische effektive Dosis (mSv)	Anzahl von Röntgenaufnahmen des Thorax, die zu einer Vergleichsexposition führt
Thorax (p. a.)	0,02	1
Extremitäten und Gelenke	0,01	0,5
Schädel	0,07	3,5
Brustwirbel	0,7	35
Lendenwirbel	1,3	65
Hüfte	0,3	15
Becken	0,7	35
Abdomen	1,0	50
Mammographie bds. in 2 Ebenen	0,5	25
Intravenöse Urographie	2,5	125
CT-Kopf	2,3	115
CT-Thorax	8	400
CT-Abdomen oder Becken	10	500
Nierenfunktionsszintigraphie	0,8	40
Schilddrüsenszintigraphie	0,9	45
Lungenperfusionsszintigraphie	1,1	55
Skelettszintigraphie	4,4	220
Hirnszintigraphie	5,1	255
Myokardperfusionsszintigraphie	6,8	340
Positronenemissionstomographie	7,2	360
Myokardszintigraphie	17	865

Quelle: Strahlenschutzkommission: Orientierungshilfe für radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen. Heft 30. Berlin: H. Hoffmann 2006 [2].

oder Urologen dieselben radiologischen Untersuchungen durchführen wie ein Facharzt für Radiologie. Dies ist in den anderen EU-Staaten in der Regel nur den nach strengen Kriterien ausgebildeten Radiologen vorbehalten.

Laut BfS-Jahresbericht für das Jahr 2007 nehmen ca. 19.000 Teilgebietsradiologen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Etwa 2.800 Fachärzte für Radiologie arbeiten im ambulanten Bereich.

Für die Jahre 2002 bis 2004 wurden in Deutschland bei gesetzlich Krankenversicherten im ambulanten Bereich 26%

aller Röntgenuntersuchungen von Radiologen, 32% von Orthopäden, 13% von Chirurgen und 7% von Internisten abgerechnet.

Die Anteile an der kollektiven effektiven Dosis für die jeweilige Facharztgruppe liegen demgegenüber zu 50% bei Radiologen, 12% bei Orthopäden, 2% bei Chirurgen und 10% bei Internisten. Aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungsspektren liegt die effektive Dosis pro Untersuchung im Mittelwert von 2,4 mSv bei Radiologen, 2,2 mSv bei Gemeinschaftspraxen, 2,4 mSv bei Uro-

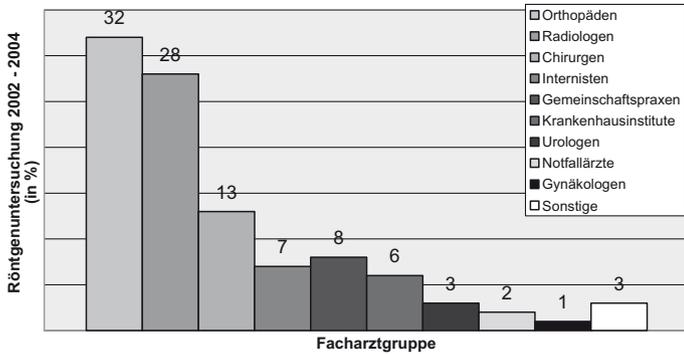


Abb 5
Quelle: BfS-Jahresbericht 2007: Über die Kassenärztliche Bundesvereinigung abgerechnete Röntgenuntersuchungen nach Facharztgruppen in den Jahren 2002 bis 2004.

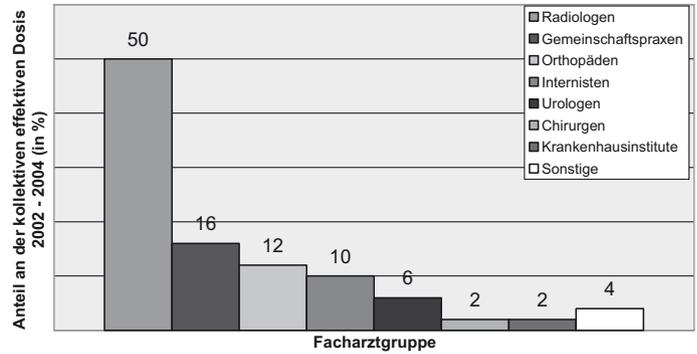


Abb 6
Quelle: BfS-Jahresbericht 2007: Über die Kassenärztliche Bundesvereinigung abgerechnete Röntgenuntersuchungen zur kollektiven effektiven Dosis nach Facharztgruppen in den Jahren 2002 bis 2004.

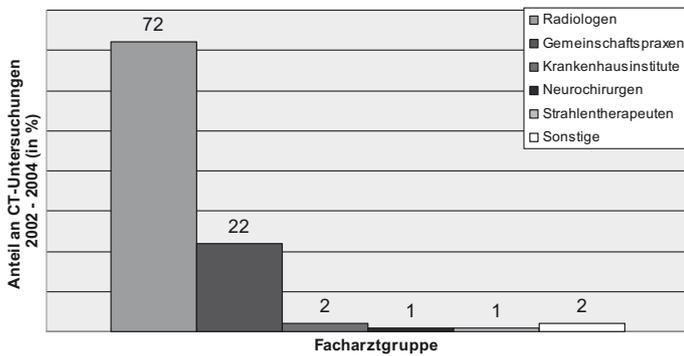


Abb 7
Quelle: BfS-Jahresbericht 2007: Anteil der Computertomographien nach Facharztgruppen in den Jahren 2002 bis 2004.

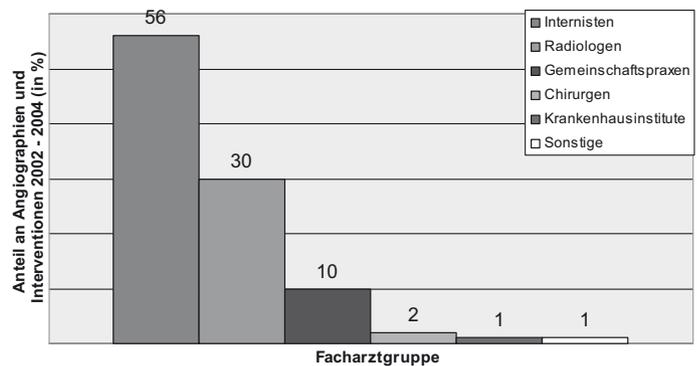


Abb 8
Quelle: BfS-Jahresbericht 2007: Anteil der Angiographien und Interventionen nach Facharztgruppen in den Jahren 2002 bis 2004.

logen, 1,6 mSv bei Internisten, 0,4 mSv bei Orthopäden und 0,2 mSv bei Chirurgen.

Der Anteil der CT an allen Untersuchungen betrug 8% und an der kollektiven effektiven Dosis für alle Facharztgruppen zusammengenommen 56%. Die dosisintensive CT wird zu 72% von Radiologen erbracht. Der Anteil der CT an allen Untersuchungen lag bei 22% und an der kollektiven effektiven Dosis bei 79% für die Radiologen.

Demgegenüber lag bei allen Facharztgruppen zusammen der Anteil der Angiographien und Interventionen an den Untersuchungen insgesamt bei 1% und an der kollektiven effektiven Dosis bei 9%.

Hier lagen Internisten mit 57% weit vor den Radiologen (29%).

Der Anteil der Röntgenuntersuchungen des Skelettsystems an allen Untersuchungen betrug 65% und beinhaltete 18% der kollektiven effektiven Dosis für alle Facharztgruppen zusammen, wobei diese Untersuchungen mit 48% hauptsächlich von Orthopäden durchgeführt wurden und lediglich in 13% von Radiologen.

Röntgenuntersuchung der Lunge

Röntgenuntersuchungen der Lunge stellen einen großen Bestandteil von radiologischen Untersuchungen dar. Aufnahmen

von der Lunge und anderen Körperteilen werden z.B. zur Beurteilung von Herz und Lunge vor Operationen, zum Ausschluss von Frakturen und zur Verlaufskontrolle durchgeführt. Die konventionelle Thorax-Untersuchung ermöglicht eine Beurteilung der Lungenstruktur, der Herzgröße, eine grobe Einschätzung der Herzleistung sowie die Beurteilung der knöchernen Strukturen.

Die Strahlenbelastung einer konventionellen Röntgenaufnahme der Lunge – auch in zwei Ebenen – ist minimal. Moderne Röntgengeräte fertigen die Aufnahmen mit einer sehr geringen Strahlendosis an. Die Strahlenbelastung einer Röntgenaufnahme entspricht ungefähr

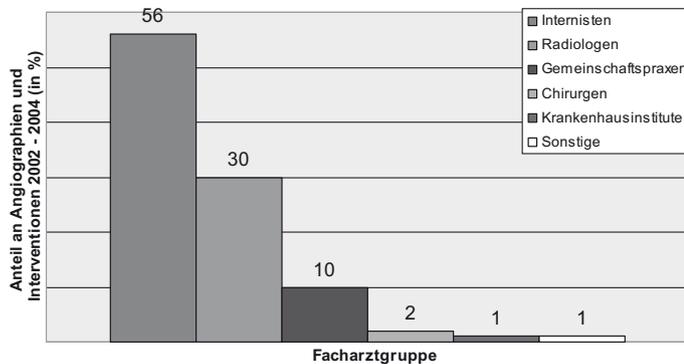


Abb 9

Quelle: BfS-Jahresbericht 2007: Anteil der Röntgenuntersuchung des Skelettsystems (Schädel, Schultergürtel, Beckengürtel, Extremitäten, Wirbelsäule) nach Facharztgruppen (2002 bis 2004).

einem Tagesaufenthalt in 3.000 m Höhe. Die effektive Dosis für eine normale Thoraxaufnahme beträgt etwa 0,02 mSv, die natürliche Strahlendosis, der jeder Bürger ständig ausgesetzt ist, liegt dagegen bei etwa 2,4 mSv/Jahr. Somit ist die Strahlenbelastung nahezu vernachlässigbar klein.

Röntgenuntersuchungen des Körperstammes

Die relative Häufigkeit der konventionellen Lendenwirbelsäulenuntersuchung liegt bei etwa 27%, wobei der relative Dosisbeitrag etwa 48% beträgt. Wegen der höheren Strahlenabsorption des Körperstammes braucht man eine höhere lokale Dosis, die zur vermehrten Streuung in die Umgebung führt. Am Körperstamm befinden sich auch die meisten empfindlicheren Gewebe [3] beim Erwachsenen, z. B. Gonaden, Knochenmark, Dickdarm, Lunge, Magen, Brust, Harnblase, Schilddrüse und Leber. Alle diese Faktoren verursachen eine höhere effektive Dosis.

Durchleuchtungen, Angiographien und durchleuchtungsgestützte Interventionen

Die Durchleuchtungstechnik zur dynamischen, funktionellen Analyse, zur Lo-

kalisation und zur Sonden- bzw. Katheterplatzierung ist unerlässlich. Die in den meisten Fällen damit kombinierten Übersichtsaufnahmen erlauben eine hohe Ortsauflösung und damit eine hohe Bildqualität. Selbstverständlich addiert sich die Strahlenexposition für die beiden Komponenten, und in der Mehrzahl der Fälle kann eine effektive Dosis von mehreren mSv oder gar cSv erreicht werden. Damit sind die höchsten diagnostischen Expositionen pro Untersuchung zu verzeichnen, die durchaus die Schwellen für deterministische Effekte überschreiten können. Das gilt auch für Interventionen unter Durchleuchtung und Angiographien, wobei die Dosis hier in einem breiten Bereich variieren kann. Urogenitale und gastrointestinale Untersuchungen stehen zahlenmäßig mit 42% und 32% im Vordergrund der Durchleuchtungsuntersuchungen und tragen mit 28% und 63% auch am meisten zur Strahlenexposition bei. Die neue technische Entwicklung bringt dank der seit einigen Jahren verfügbaren gepulsten Durchleuchtung eine wesentliche Dosisersparnis. Mit Digitalisierung bzw. elektronischen Bildspeichern ist es heute möglich, trotz unterbrochener Strahlung ein kontinuierliches Monitorbild zu erstellen, das zur deutlichen Dosisreduktion führt, da bei elektronischen Bildspeichern weniger Bilderneuerungen pro Sekunde von der Dynamik der Untersuchung her erforderlich sind. Das Durchleuchtungsbild kann als Dokument gespeichert und auf eine zusätzliche Zielaufnahme (typische

Strahlenexposition bei Angiographie und Sellink) kann damit verzichtet werden.

Computertomographie (CT)

Die Zunahme des Beitrages der CT zur medizinischen Strahlenexposition ist weltweit zu beobachten: In den USA nahm von 1980 bis 1998 die Untersuchungszahl um mehr als den Faktor 9 zu [4], und relativ nahm sie von rund 2% auf rund 13% der Untersuchungen zu, ihr Dosisanteil jedoch von 5% auf ca. 30%; in Großbritannien nahm der Untersuchungsanteil der CT von 2,4% 1991 auf ca. 5% Ende der 90er Jahre zu [5], der Dosisanteil im gleichen Zeitraum von 20% auf über 40%, und in Deutschland trug die CT mit 4,2% der Untersuchungen zu 38% der medizinischen Dosis bei [6]. Mit der Einführung der Spiraltechnik in 1989 [7] und Mehrzeilendetektoren in 1999 [8] steigerte sich das Potential der CT mehrfach. Die heutige Technik ermöglicht es, größere Körperteilvolumina schneller und mit dünneren Schichten ohne Bewegungs- bzw. Atemartefakte zu erfassen. Die mit modernen 4–16-Zeilengeräten erreichte typische Dimension der Bildpunkte [«voxels»] von weniger als einem Millimeter in allen drei Achsen/Dimensionen erlaubt Rekonstruktionen in allen Ebenen – koronar, sagittal, auch gekrümmten Ebenen oder gar farbige/oberflächliche 3D Rekonstruktionen. Mit dieser Entwicklung ergeben sich auch neue Indikationen für raschere Messung größerer Körperabschnitte wie z. B. beim Polytrauma und bei Staging und Verlaufskontrollen von Malignomen, aber auch Mehrphasenuntersuchungen nach Kontrastmittelgabe, etwa der Leber oder der Niere. Die Abdeckung größerer Körpervolumina bzw. die mehrfache Abdeckung des gleichen Volumens erhöht zwangsläufig die Strahlenexposition pro Untersuchung,

auch wenn heute dank technischer dosisparender Maßnahmen ca. 30% der früheren Dosis eingespart werden kann. Eine weitere Indikation ist die CT-Angiographie, die zusätzlich über eine höhere Untersuchungsfrequenz als Substitut einer Katheterangiographie zu einem Anstieg der CT-bedingten zivilisatorischen Strahlenexposition führt. Nicht ganz von der Hand zu weisen ist in diesem Zusammenhang die Hypothese, dass die Verfügbarkeit der technischen Ausrüstung zu deren vermehrten Einsatz führt: Wurden für Deutschland bzw. die Schweiz mit Dichten von 21,5 bzw. 22,8 Geräten und jährlichen Untersuchungsfrequenzen von 64.000 bzw. 43.000 pro Million Einwohner CT-Populationsdosen von 0,6 bzw. 0,3 mSv pro Jahr erhoben, so lagen die entsprechenden Werte für Schweden und Großbritannien mit 10,4/5,2 Geräten und 39.000/21.000 Untersuchungen pro Million deutlich niedriger, dies verbunden mit CT-Populationsdosen von je 0,1 mSv pro Jahr [9, 10].

Eine jährlich einmalige Röntgenuntersuchung der folgenden Untersuchungsart führt beispielhaft zu folgenden effektiven Dosen (Quelle: BMU 2005):

- Röntgen Thorax (Lunge), 1 Aufnahme: 0,02–0,08 mSv
- Röntgen Halswirbelsäule, 2 Ebenen: 0,1–0,3 mSv
- Röntgen Brustwirbelsäule, 2 Ebenen: 0,5–0,8 mSv
- Röntgen Lendenwirbelsäule, 2 Ebenen: 0,8–1,8 mSv
- Röntgen Beckenübersicht: 0,5–1,0 mSv
- Röntgen Extremitäten: < 0,01–0,1 mSv
- Mammographie bds., je 2 Ebenen: 0,2–0,6 mSv
- CT Schädel: 2–4 mSv
- CT Thorax (Lunge): 6–10 mSv
- CT Abdomen (Bauchraum): 10–25 mSv
- Arteriographie und Interventionen: 10–30 mSv

Tab. 2: Häufigkeit und Dosisbeitrag von CT-Untersuchungen im internationalen Vergleich im Jahr 2000

Land	CT Untersuchungen pro 1.000 Einwohner	CT-Dosis pro Einwohner (mSv)
Deutschland (14)	90	0,73
USA (15)	200	1,60
Japan (16)	290	2,30
Luxemburg (17)	115	0,84
Belgien (18)	115	0,90

Zum Vergleich:

- 100 Stunden vor einem Bildschirm (0,5 m): 0,12 mSv
- 10-stündige Flugreise: 0,1 mSv
- Kosmische Strahlenbelastung in 2.000 m Höhe gegenüber Meereshöhe: 0,6 mSv

Unterschied der natürlichen Strahlung innerhalb von Häusern (D): 0,6 mSv

Zusammenfassung

Nach aktueller Statistik ist die medizinische Strahlenanwendung (40% mit effektiver Dosis von ca. 2,0 mSv) hauptsächlich für die gesamte zivilisatorische Strahlenexposition in Deutschland wie auch in anderen Industrienationen verantwortlich. Die Teilgebetsradiologen

erbringen zu etwa drei Viertel der bei gesetzlich Krankenversicherten ambulant durchgeführten Röntgenuntersuchungen, die im unteren Dosisbereich liegen. Deshalb ist bei den Teilgebetsradiologen das Problem der Selbstzuweisungen zu beachten, die aus strahlenhygienischen Gründen kritisch zu werten sind. Obwohl die meisten Untersuchungen im unteren Dosisbereich liegen, gibt es auch Anwendungsbereiche, bei denen die Strahlenbelastung höher ist. Aus Sicht des BfS ist es damit enorm wichtig, die Patienten für das Problem der Selbstzuweisung zu sensibilisieren.

Aus Sicht des Strahlenschutzes ist es besonders wichtig, dass die Anwendung ionisierender Strahlung nur nach einer

strengen Indikationsstellung erfolgt. Eine Kommunikation zwischen den Überweisern und den Radiologen spielt eine sehr wichtige Rolle bei der Erstellung einer gerechtfertigten Indikation und bei der Auswahl geeigneter radiologischer Untersuchungsverfahren.

Die Strahlenschutzkommission (SSK) veröffentlichte im Sommer 2006 „Orientierungshilfe für radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen“ [2]. Im Vordergrund der Orientierungshilfe steht die Vermeidung unnötiger Strahlenexposition sowie die Wahl geeigneter Untersuchungen, Hinweise zur Schwangerschaft bzw. zum Schutz des Fetus und zur Optimierung der Strahlendosis bei Kindern und Jugendlichen.

Wie aus Empfehlung der SSK hervorgeht, können Regeln für die Überweisung zur radiologischen Untersuchung Art und Umfang der Röntgenuntersuchung beeinflussen [12]. Einen wesentlichen Beitrag zur Dosisersparnis liefert die Optimierung der Technik, Vermeidung unnötiger Aufnahmen und Vermeidung von Wiederholungsaufnahmen. Bei Ausschlussdiagnostik sollte so weit wie möglich Ultraschall oder Kernspintomographie die erste Wahl sein [14]. Die Anwendung von „Low-dose CT-Protokollen“ für das Screening sowie die Verlaufskontrolle der Lungentumoren ist eine nennenswerte Maßnahme [14].

Die technische Orientierung als Einsparungsmaßnahme ist somit nicht das effektivste Mittel zur Verringerung der Strahlenbelastung. Maßnahmen zur Vermeidung der unnötigen Strahlenexposi-

tion müssen von der Ärzteschaft durchgesetzt werden. Eine Zusammenarbeit zwischen den überweisenden Ärzten und den Radiologen spielt eine sehr wichtige Rolle. Die überweisenden Ärzte wie auch die Radiologen tragen eine besondere Verantwortung und sollten daher streng den Leitlinien für die bildgebende Diagnostik für die verschiedenen Indikationsbereiche folgen.

Literatur

1. Brix G, Nekolla E, Griebel J: Strahlenexposition von Patienten durch diagnostische und interventionelle Röntgenanwendungen – Fakten, Bewertung und Trends. *Radiologe* 2005; 45: 340–9 (14)
2. Strahlenschutzkommission: Orientierungshilfe für radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen. Heft 30. Berlin: H. Hoffmann 2006 [1]
3. Vock P, Valley JF. Medizinische Strahlenexposition in der Schweiz. Teil 1: Frequenzen, Dosen, Konsequenzen. *Swiss Medical Forum* 2004; 4: 845–850.
4. Nickoloff EL, Alderson PO. Radiation exposures to patients from CT. Reality, public perception, and policy. *Am J Roentgenol* 2001; 177: 285–7.
5. Shrimpton PC, Wall BF, Hart D. Diagnostic medical exposures in the U.K. *Appl Radiat Isot* 1999; 50: 261–9.
6. Regulla D, Griebel J, Nosske D, Bauer B, Brix G. Erfassung und Bewertung der Patientenexposition in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin. *Z Med Phys* 2003; 13:127–35.
7. Kalender WA, Seissler W, Klotz E, Vock P. Spiral volumetric CT with single-breath-hold technique, continuous transport, and continuous scanner rotation. *Radiology* 1990; 176:181–3.
8. Hu H, He HD, Foley WD, Fox SH. Four multidetector-row helical CT: Image quality and volume coverage speed. *Radiology* 2000; 215: 55–62.
9. Aroua A, Vader JP, Valley JF. Enquête sur l'exposition par le radiodiagnostic en Suisse. Lausanne: IRA/IMS/P; 2000. www.hospvd.ch/public/instituts/ira/.
10. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. *UNSCEAR 2000 Report to the General Assembly. Volume I: Sources, Annex D.* New York: United Nations; 2000.
11. Heyer CM, Peters S, Lemburg S, Nicolas V. Einschätzung der Strahlenbelastung radiologischer Thorax-Verfahren: Was ist Nicht-radiologen bekannt? *Fortschr Röntgenstr* 2007, 179(3):261–267, DOI 10.1055/s-2006-927366,
12. Strahlenschutzkommission: Notwendigkeit der Erstellung von Überweiskriterien für die Durchführung bildgebender Verfahren. Heft 30. München: Urban und Fischer 2002.
13. Busch HP. Qualitäts- und Dosismangement in der Digitalen Projektionsradiographie. *Fortschr Röntgenstr* 2003; 175: 32–7.
14. Nawa T, Nakagawa T, Kusano S, Kawasaki Y et al. Lung Cancer Screening Using Low-Dose Spiral CT: Results of Baseline and 1-Year Follow-up Studies. *Chest* 2002; 122; 15–20.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Thomas J. Vogl
 Direktor
 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
 Universitätsklinikum Frankfurt am Main
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main
 Telefon Nr.: 069 6301-7277
 Fax Nr.: 069 6301-5252

Den Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt (Erläuterung siehe März-Ausgabe 2008, Seite 170).
Einsendeschluss ist der 25. März 2009

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1. „ALARA-Prinzip“ beim Strahlenschutz:

- 1) „all levels as reduced accordingly“
- 2) „as low as reasonably achievable“
- 3) „as low as radiologically allowed“
- 4) „as low as rationally accepted“
- 5) „as low as roughly achievable“

? 2. Die Grundregeln des Strahlenschutzes sind vier A's:

- 1) Abstand, Auflösung, Akquisition und Alternativ
- 2) Aufnahme, Alternativ, Absicherung und Akquisition
- 3) Abstand, Abschirmung, Aufenthaltsdauer und Aufnahme
- 4) Auflösung, Abstand, Alter und Anamnese
- 5) Abstand, Auflagerung, Alter und Absicherung

? 3. Welche Untersuchung ist mit höchster Strahlenbelastung assoziiert?

- 1) CT-Abdomen
- 2) CT-Lunge
- 3) CT-Wirbelsäule
- 4) CT-Schädel
- 5) CT-Extremitäten

? 4. Was ist das sichere Zeichen der Malignität eines Rundherdes in der CT-Untersuchung der Lunge?

- 1) Fettanteil
- 2) Spikuliert Begrenzung
- 3) Lufteinschluss
- 4) Verkalkungen
- 5) Dichteanstieg von mindestens 10 HU nach KM-Gabe

? 5. Kompression der Brust in der Mammographie: Was ist richtig?

- 1) Vermindert die Bewegung
- 2) Reduziert die Expositionszeit
- 3) Reduziert die Strahlendosis
- 4) Reduziert die Streustrahlung
- 5) Alles

? 6. Welche Angabe über die Mammographie ist richtig?

- 1) Bei Mammographie wird die charakteristische Eigenstrahlung benutzt und nicht die konventionelle Strahlung.
- 2) Bei Mammographie wird auch die konventionelle Strahlung benutzt.
- 3) Die Strahlenbelastung der Mammographie ist höher als bei konventionellem Röntgen.
- 4) Die Strahlenbelastung der Mammographie ist vergleichbar mit konventionellem Röntgen.
- 5) Mammographie ist kein Standard-Screeningverfahren.

? 7. Alles sind Kontraindikationen für iodhaltige Kontrastmittelgabe außer:

- 1) Allergie zum iodhaltigen Kontrastmittel oder Jod
- 2) Diabetiker unter Metformintherapie
- 3) Alkoholkonsum
- 4) Hyperthyreose
- 5) Niereninsuffizienz

? 8. Welches Verhalten ist richtig bei Diabetikern unter Metformintherapie für CT-Untersuchung mit iodhaltigem Kontrastmittel?

- 1) Metformin muss drei Tage vor, während und drei Tage nach der Untersuchung abgesetzt werden.

- 2) Metformin muss zwei Tage vor, während und zwei Tage nach der Untersuchung abgesetzt werden.
- 3) Metformin muss einen Tag vor, während und einen Tag nach der Untersuchung abgesetzt werden.
- 4) Metformin muss am Tag der Untersuchung abgesetzt werden.
- 5) Keine Maßnahme nötig.

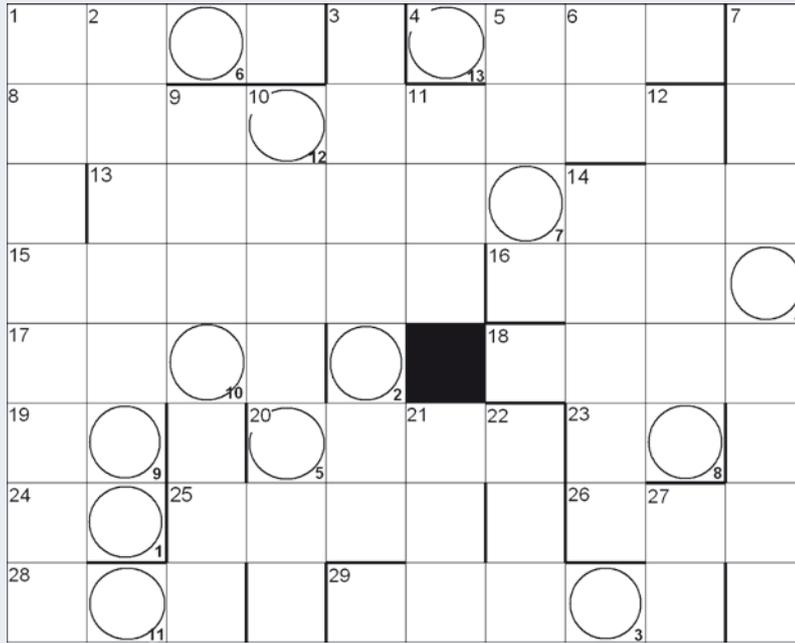
? 9. Iodhaltiges Kontrastmittel bei Patienten mit Hyperthyreose: was ist richtig?

- 1) Blockieren mit Favistan und Irenat vor der Untersuchung
- 2) Vorbewässern
- 3) Keine Kontraindikation/ Keine Maßnahme nötig
- 4) Blockieren mit Favistan und Irenat vor und nach der Untersuchung
- 5) Blockieren mit Favistan und Irenat zwei Tage vor und nach der Untersuchung

? 10. Hypoplasie der linken Arteria pulmonalis: Was ist falsch?

- 1) Assoziierte Atresie des linken Hauptbronchus
- 2) Röntgen Lunge in Expiration von Swyer-James zu unterscheiden
- 3) Hypertransparenz der linken Lunge
- 4) Assoziierter rechter Aortenbogen
- 5) Häufig mit „Tetralogy of Fallot“ assoziiert

Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Waagrecht

1 Impression am dorsolateralen Rand des Humeruskopfes bei habitueller Schultergelenkluxation: ...-Sachs-Läsion (Eponym) • 4 Katarakt = grauer ... • 8 Nervenzellansammlung im basalen Vorderhirn, das als Belohnungssystem bei der Entstehung von Sucht eine Rolle spielt: Nucleus ... • 13 Schleifendiuretikum (Wirkstoff) • 15 Reifeteilung • 16 Gesäßfalte = ... ani • 17 Repositionsmanöver bei Schultergelenkluxation (Eponym) • 18 Augenhintergrundveränderungen mit weißen, unscharf begrenzten baumwollartigen Flecken; Vorkommen bei verschiedenen Krankheiten: cotton – ...-Herde • 19 Abk. für Tumor • 20 Im Säuglingsalter auftretendes angeborenes Immunsuppressionssyndrom mit Eosinophilie im Blut, ekzematoider Dermatitis und rezidivierenden Infektionen, Hyper-IgE-Syndrom = ...-Syndrom (Eponym) • 23 Abk. für Substantia nigra • 24 Lat. für Knochen • 25 Chirurgische Einteilung der Humeruskopffrakturen • 26 Oberbauch = ... gastrium • 28 Abk. für Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie • 29 Vene, die nährstoffreiches Blut aus dem Darm der Leber zuführt = ...ader

Senkrecht

1 Bluterguss • 2 Gelbsucht • 3 Fehlen der Brust bei Frauen mit normalem Menstruationszyklus (Lat.) • 5 Schwarzer Faeces bei Blutungen aus dem oberen Gastrointestinaltrakt = ...stuhl • 6 Seitendifferente Pupillenweite = ...isokorie • 7 Fußschmerzen • 9 Modernes angiographisches Verfahren zur Behandlung intracerebraler Aneurysmen (engl.) • 10 Epithel der ableitenden Harnwege • 11 Abk. für Bovine Spongiforme Enzephalopathie • 12 Verkalkte apikale Lungenstreuerherde in der Primärphase der Tuberkulose: ...-Herde (Eponym) • 14 Teil des Horner-Syndroms • 21 Erreger der Ecthyma contagiosum, eine dem Melkernoten ähnliche Hauterkrankung bei Schafzüchtern und Ziegenhirten: ...Virus • 22 Griech. Vorsilbe mit der Bedeutung „Leben“ • 27 Abk. für Pulmonalton

© Dr. Özgür Yaldizli

Nur noch vier Monate bis zur Nachweisfrist der Fortbildungsaktivitäten!

Am 30. Juni 2009 läuft die Nachweisfrist für die Fortbildungsaktivitäten der meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus. Alle Ärztinnen und Ärzte, die den Nachweis mit dem Kammer-Zertifikat erbringen wollen, mögen bitte ihre Teilnahmebescheinigungen sofort bei der Landesärztekammer Hessen einreichen, denn die Bearbeitungszeit kann mehrere Wochen betragen. Nach Übertragung der Punkte kann das Kammer-Zertifikat über das Online-Portal beantragt werden.

Strukturierte analytische Psychotherapie auf einer psychosomatischen Station in Frankfurt – ein Rückblick

Axel Schüler-Schneider, Monika Vogt

Früher als manche meinen, nämlich bereits 1986, wurde in einem Frankfurter Allgemeinkrankenhaus die erste psychosomatische Station eröffnet. Sie war als solche nicht im Bettenbedarfsplan ausgewiesen. Der Leiter des Diakonissenkrankenhauses in Frankfurt Professor Dr. Karl Huth ermöglichte eine Pionierleistung. Wesentlich daran beteiligt war Dr. Axel Schüler-Schneider, Internist und Facharzt für Psychosomatische Medizin in Frankfurt. 1988 hat er seine Erfahrungen unter dem Titel „Strukturierte analytische Psychotherapie auf einer psychosomatischen Station in Frankfurt“ publiziert und in Innsbruck auf der Jahrestagung der DKPM vorgelesen. Es dauerte zehn Jahre bis die erste Psychosomatische Station mit 16 Betten im Bettenbedarfsplan ausgewiesen wurde. Im Hospital zum heiligen Geist, Frankfurt, wurde diese im Oktober 1996 unter der Leitung von Dr. Wolfgang Merkle eröffnet. Auszüge aus der Arbeit von Schüler-Schneider:

1986 wurde in der internistischen Klinik des Diakonissenkrankenhauses in Frankfurt (126 Betten und Intensivstation) die erste psychosomatische Station mit acht Betten in einem Allgemeinkrankenhaus in Hessen eingerichtet. Zuvor bestanden bereits ein Konsiliardienst und eine psychosomatische Ambulanz. Ziel des für 14 Monate konzipierten Projektes war, am Wohn- und Arbeitsort des Patienten eine stationäre und ambulante psychosomatische Versorgung zu gewährleisten. Die Vorteile wurden in der Kontinuität der geschaffenen Vertrauensbeziehung und der Überleitung in eine weiterge-

hende Therapie gesehen. Wesentlich war dabei die intensive Zusammenarbeit der niedergelassenen Therapeuten mit dem psychosomatischen Krankenhausarzt. Hier konnten auch die anfänglichen Schwierigkeiten behoben werden und eine intensive Zusammenarbeit, sowohl mit Ärzten als auch mit Therapeuten, hergestellt werden. Konkurrenz- und Insuffizienzgefühle wurden beachtet, angesprochen und dadurch überflüssig gemacht.

Das Ziel: Somatische und psychotherapeutische Behandlung vom selben Arzt

Eine Besonderheit des Projektes war, dass sowohl die somatische als auch die psychotherapeutische Behandlung von einer Person übernommen wurde. Gegenüber den bekannten Modellen sollte dies den Spaltungs- und Projektionstendenzen und der Neigung zum Ausagieren der Konflikte entgegenwirken. Im ambulanten Bereich war dies seinerzeit schwer herzustellen. Selbst wenn die Kollegen „psychosomatisch interessiert“ waren, führten die projektiven und Spaltungstendenzen der Patienten zu Missverständnissen, Koordinationsschwierigkeiten und Verschlechterung der kollegialen Zusammenarbeit. So zeigte sich in den anfänglichen Jahren der konsiliarischen Tätigkeit, dass die Trennung in Internist und Psychotherapeut selbst bei gutem Einverständnis der Kollegen zu unüberbrückbaren Konflikten führte, welche die therapeutische Arbeit erschwerten. Schüler-Schneider fungierte als psychosomatischer Arzt. Zusätzlich stand freitags ein internistisch vorgebildeter Arzt für diagnostische und therapeutische Aufgaben zur Verfügung. Er war von seinem Arbeitgeber für diese Aufgabe

freigestellt. Für eine begrenzte Zeit übernahm eine Pädagogin mit analytischer Erfahrung psychotherapeutische Aufgaben. Sie wurde über Forschungsmittel finanziert.

Die Schwestern wurden von der Nachbarstation auf freiwilliger Basis ausgewählt. Sie wechselten dem Konzept entsprechend alle sechs Wochen. Für jede Schicht war eine Schwester als Ansprechpartner für Arzt und Patienten zuständig und verfügbar.

Einmal pro Woche fand eine Stationsbesprechung von 40 Minuten statt. Sie diente dazu, alle Patienten der Station vorzustellen und Schwierigkeiten im Sinne einer Balint-Gruppe zu besprechen. Besonders zu Beginn des Projektes dauerten diese Besprechungen eher länger und wurden genutzt, um die enormen Spannungen, die besonders durch Anorexie- und Asthmapatienten entstanden, zu bewältigen und als Schwierigkeiten der Patienten zu verstehen.

Der Versuch, durch einen externen, erfahrenen Supervisor Bereicherung und Entlastung zu erfahren, schlug nach einigen Sitzungen fehl. Anfangs wurde er neugierig angenommen, förderte auch einige Abgrenzungsprobleme zutage, wurde jedoch schnell abgelehnt und nicht als Entlastung erlebt. So fungierte der psychosomatische Arzt in den Stationsbesprechungen weiterhin als Supervisor, wobei er selbstverständlich extern supervidiert wurde.

Es galt, psychotherapeutisches Therapieverständnis zu wecken

Die täglich stattfindenden Visiten wurden mit drei bis fünf Minuten pro Patient eher kurz gehalten. Sie wurden einmal pro Woche vom Oberarzt und einmal pro Woche

vom Chefarzt begleitet. Sie dienten der Koordination von Diagnostik und Therapie und dem Informationsaustausch aller Beteiligten und waren natürlich auch der Ort für wichtige Interaktionen und Konflikte, die die therapeutische Arbeit bereicherten und nicht immer erleichterten. Wichtig war jedoch, diese zu beobachten und in den Team- und Therapiesitzungen aufzuarbeiten.

Ein weiterer wichtiger Beweggrund für das Projekt war das Bemühen, Möglichkeiten für die Einleitung psychosomatischen Therapieverständnisses aufzuzeigen und entsprechende Prozesse in Gang zu setzen. So sollte erreicht werden, psychosomatische Störungen bei Patienten, die in die internistische Klinik eingewiesen werden, frühzeitig zu diagnostizieren und die entsprechende Therapie einzuleiten. Durch Integration der Station in die internistische Klinik wurden psychosomatisches Therapieverständnis vermittelt und Widerstände abgebaut.

Das Projekt unterschied sich von den bisher üblichen Modellen an Universitätskliniken, Kur- und Fachkliniken vor allem durch seinen Werdegang und die Integration in die internistische Klinik. Da Schüler-Schneider an der selben Klinik seine Entwicklung zum „psychosomatischen Arzt“ vollzogen hat und der Chef und das Ärzteteam aufgeschlossen gegenüber dieser Sichtweise waren, war es möglich, das Projekt einer psychosomatischen Station durchzuführen. Die eigenständige Arbeit des Autors wurde toleriert, so dass eine freie Entwicklung möglich wurde. Dadurch kam es nicht zu der bekannten Isolation, in der sich die Psychosomatik noch vielerorts befand. Sie wurde erst nach Ausbau der Station im ersten Jahr wieder spürbar. Die anfänglich interessierten Schwestern wurden ablehnend, gereizt und boykottierten die Arbeit durch harte Kritik, die

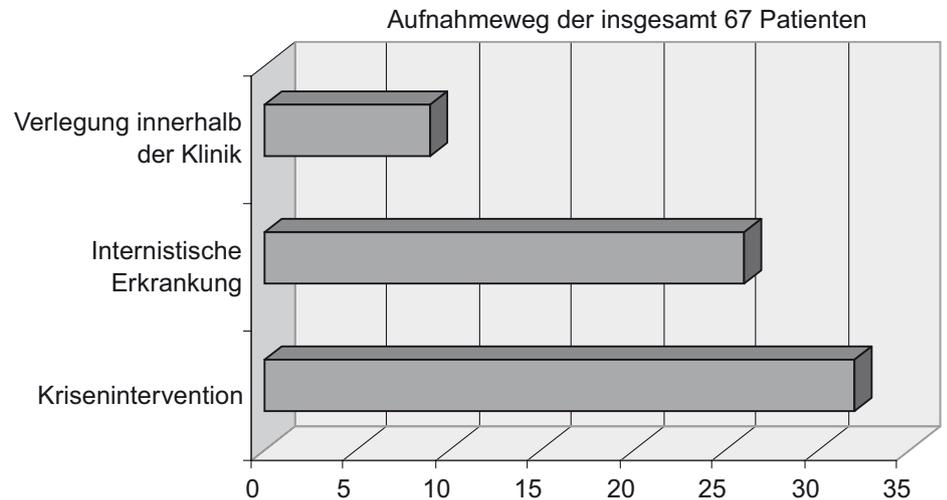


Abb. 1: Aufnahmeweg und Einweisungsgrund

Station betreffend, gegenüber der Klinikleitung. Die kooperativen Kollegen fühlten sich überfordert, ärgerten sich über die schwierigen Patienten und den Kollegen, der sein Konzept so zielstrebig verfolgte. Durch diese Spannungen sah sich der Chef genötigt, seine befürwortende Haltung zeitweise aufzugeben, um dadurch eine Befriedung zu erreichen. Nur durch die Erfolge bei der Therapie und die massive Unterstützung des Supervisors war es möglich, diese Krise durchzustehen und getreu dem angestrebten Konzept weiter zu arbeiten. Dies führte nach fast einem Jahr zu einer erneuten positiven Einstellung des Ärzteteams und der Schwestern und gegen Ende des Projektes zu einer allseits befriedigenden Arbeit.

Die 67 Patienten (vier mit Anorexia nervosa, zwei mit Asthma bronchiale, fünf mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation, ein Patient mit chronischer Polyarthrit, 16 Patienten mit Depression (davon vier endogene), vier mit Diabetes mellitus, ein Patient mit Hörsturz, einer mit Hypertonie, zwei mit Migräne, 16 mit einem Psychovegetativen Syndrom, zehn Patienten mit Sucht, vier nach einem Suizid-

versuch sowie einer mit einem Ulcus ventriculi; vgl. Abb. 2) konnten drei Gruppen zugeordnet werden. Die größte Gruppe (32 Patienten) war, zumeist von Psychotherapeuten, zur stationären Therapie eingewiesen worden. Die meisten Patienten dieser Gruppe waren vor der Einweisung für eine ambulante Psychotherapie nicht motiviert und schwer zu führen. Ziel der stationären Behandlung war es, eine Basis für eine ambulante Weiterbetreuung zu schaffen und eine Besserung der körperlichen Symptomatik zu erreichen. In vier Fällen bestand bereits eine ambulante psychotherapeutische Betreuung, und die Einweisung erfolgte zur Krisenintervention (siehe Abb. 1).

Die zweitgrößte Gruppe umfasste 26 Patienten, die wegen körperlicher Symptome in die internistische Klinik eingewiesen wurden. Einige wurden bei der morgentlichen Ärztebesprechung für die psychosomatische Station ausgewählt, andere aufgrund ihrer Beschwerden bei der Aufnahme für die Station bestimmt. Alle Patienten litten unter körperlichen Symptomen, die einer Abklärung bedurften. Sie wurden sowohl internistisch untersucht als auch einem psychoanalytischen In-

terview und einer anschließenden Therapie von einer halben bis dreimal einer halben Stunde pro Woche zugeführt.

Bei der dritten Gruppe handelte es sich um neun Patienten, die innerhalb der Klinik verlegt wurden. Die Zahl ist bezeichnend für den Widerstand, der sich im Laufe des Projektes innerhalb der Ärzteschaft und des Pflegepersonals entwickelte und erst gegen Ende wieder abnahm. In den täglichen Besprechungen zeigte sich eine wesentlich größere Zahl von Problempatienten, die einem psychoanalytischen Interview hätten zugeführt werden müssen.

Bei den meisten Patienten war eine internistische, zum Teil auch neurologische Abklärung und Diagnostik ihrer Beschwerden notwendig, um keine organischen Erkrankungen zu übersehen. In vielen Fällen ergab sich dann auch eine Diagnose, die eine medikamentöse Therapie notwendig machte. Außer der internistischen Untersuchung und Blutentnahmen wurden keine invasiven Eingriffe vom psychosomatischen Arzt vorgenommen. Die Übertragungssituation bei der Untersuchung und der Blutentnahme war genau so wertvoll wie die tägliche Visite. Die Interaktion hierbei gab bereits wertvolle Hinweise auf das Konfliktverarbeitungsmuster des Patienten und wurde therapeutisch aufgearbeitet und genutzt.

Für die medikamentöse Therapie galt, sie überschaubar, klar und verständlich zu halten. Zu schnelle Änderungen und Probieren schaffen Unsicherheit. Wenn die Wirkung eines Medikamentes erprobt werden musste, wurde eine Probezeit von einigen Tagen festgelegt. Der Wirkmechanismus sollte verstanden und akzeptiert worden sein, um Compliance zu erreichen. Placebos vermied Schüler-Schneider, da sie seines Erachtens als Ausdruck von Misstrau-

en oder Täuschung angesehen werden können, die der Basis jeder therapeutischen Arbeit, nämlich dem Vertrauen, widersprechen.

Medikamente greifen in physiologische Regelkreise ein und ermöglichen in vielen Fällen eine Harmonisierung. Für den insulinpflichtigen Diabetes kann dies sehr anschaulich gezeigt werden. Normalerweise besteht eine empfindliche Regelung zwischen Blutzucker und Insulinsekretion. Beim Diabetiker ist sie gestört. Er muss Blutzucker messen und u. a. Insulin substituieren und somit diesen Regelkreis bewusst übernehmen. Zusätzliche Störquellen, wie ein Infekt, eine Fehleinschätzung einer körperlichen Belastung oder Nahrungsaufnahme, eine Fehlberechnung der Insulindosis oder einer psychischen Belastung, erschweren dies. Ist die Störquelle gefunden, kann der Fehler beseitigt und das nächste Mal vermieden werden.

Für viele Patienten kam das psychosomatische Therapieangebot unvorbereitet

Das Setting der Psychotherapie war analytisch geprägt. Es fanden ein bis drei Einzelgespräche von jeweils 30 Minu-

ten Dauer pro Woche statt, und zwar in der Regel im Sitzen. Hier sollte ein freier Raum zur Bildung der Übertragung geboten werden und die Durcharbeitung der „coping function“ erfolgen. Letzteres umfasste die aktuellen Konflikte mit Schwestern, Kollegen, Oberarzt und Chefarzt. Durch das Bewusstmachen konnte ein Umlernprozess und Probehandeln während der stationären Therapie stattfinden.

Da das psychotherapeutische Therapieangebot für viele Patienten unvorbereitet kam, war zu Beginn ein aktives Vorgehen des psychosomatischen Arztes notwendig. Mit einer abstinenter Haltung und der analytischen Grundregel wären die Patienten überfordert gewesen und hätten sich alleine gelassen gefühlt. Sie litten unter körperlichen Symptomen und waren schnell gekränkt. Zusätzlich verfügten die meisten Patienten über mangelndes Urvertrauen und reagierten sehr schnell mit dem Gefühl, nicht verstanden worden zu sein. Dies birgt die Gefahr des Rückzugs und Abbruchs der Therapie. Nach Bildung einer Vertrauensbasis (Compliance) nimmt die Assoziationsfähigkeit zu und damit die Fähigkeit, über Gefühle zu sprechen.

Der psychotherapeutische Prozess wurde, entsprechend dem üblichen Vorgehen, in drei Phasen unterteilt: Die erste Phase diente der Vertrauensbildung, die zweite der Durcharbeitung und die dritte den Themen Abschied und Vorbereitung auf die Entlassung.

Phase 1: Im Erstinterview werden die Anamnese erhoben, wichtige Daten erfragt und vor allem der psychische Befund erstellt. Hier zeigen sich bereits die pathologischen Konfliktverarbeitungsmuster und Hinweise auf deren Genese in der Lebensgeschichte. Die körperliche Symptomatik darf hier keinesfalls vernachlässigt oder gar interpretiert werden. Sie ist schließlich Folge von komplizierten Abwehrvorgängen, und nur der Widerstand in der Übertragung ist deutungsfähig. Hier gilt ganz besonders Freuds Forderung, dass erst der Widerstand gedeutet werden muss, ehe die dahinter liegenden Konflikte bewusstseinsfähig werden. Alles andere führt zu einer Verstärkung der Abwehrvorgänge.

Die Interpretation der körperlichen Symptomatik, auch wenn sie als Konversion verstanden werden kann, und dies ist – wie sich bei längeren Behandlungen zeigt – oft der Fall, sind zu Beginn schädlich. Hinzu kommt, dass infolge der Popularisierung von Psychoanalyse und Psychosomatik eine Interpretation der Beschwerden durch die Umwelt stattgefunden hat. Diese induziert jedoch eher das Gefühl einer Vorverurteilung als das von Verständnis.

Hier hat sich die vorläufige Akzeptanz des Symptoms als bestehende Realität bewährt. Sie wird entsprechend seiner Ausprägung behandelt, bei Herzrhythmusstörungen mit Antiarrhythmika, bei Kopfschmerzen mit Analgetika, bei Herzschmerzen durch Kontrolle des EKG. Selbst dann fällt es dem Patienten schwer, Vertrauen zum psychosoma-

tischen Arzt zu entwickeln. Es dauert manchmal Wochen, bis er sich trotz der intensiven internistischen und neurologischen Untersuchung ernst genommen fühlt. Es bleibt schwierig zu begreifen, dass es „Herzschmerzen“ gibt, ohne dass das Herz organisch krank ist, oder Atemnot, ohne dass die Lunge krank ist. Die schulmedizinische Abklärung ist wichtig, um keine behandelbare Erkrankung zu übersehen. Findet sich eine solche, so muss diese selbstverständlich entsprechend den Erkenntnissen therapiert werden. Findet sich keine organische Veränderung, so ist auch keine entsprechende Therapie notwendig. Das ist für die Vertrauensbildung entscheidend, denn hier muss klar und eindeutig kommuniziert werden. Eine pathologische Konfliktverarbeitung bestand bei allen behandelten Patienten, sie ist nur durch Psychotherapie zu beheben.

Phase 2: Da das Symptom über längere Zeit erhalten bleibt, muss zunächst der Umgang mit ihm erlernt werden. Das Symptom ist ferner Ausdruck eines unbewussten Konflikts und kann als Warnsignal verstanden werden. Es tritt bei einer Dekompensation auf und zwingt zur Regression, zum Rückzug und zur Ruhe (Kopfschmerz, Herzdruck, Rückenschmerzen, Atemnot, Herzrhythmusstörungen). Die Schulmedizin zielt auf Beseitigung des Symptoms und Herstellung der Arbeitsfähigkeit, die Psychoanalyse auf Verstehen, Erinnern, Durcharbeiten und damit die Aufhebung des Symptoms. Entlastend wirkt an dieser Stelle auch die Erkenntnis Viktor v. Weizsäckers, der den Kampf gegen die Krankheit und nicht die ewige Gesundheit als den Normalzustand ansah: „Man versteht das kranke Wesen besser, wenn man sich das ganze Leben als einen unablässigen Krieg mit der Krankheit vorstellt.“ Unser Immunsystem ist z. B. in ständiger Bereitschaft

und Aktion, um die körperliche Unversehrtheit und Gesundheit zu erhalten.

Die auftretenden Konflikte mit Schwestern, Ärzten und Mitpatienten wurden durchgearbeitet. Die Einsichten und Ergebnisse konnten in Form des Probehandelns in der Klinik umgesetzt werden. Dadurch wurden neue Erfahrungen ermöglicht.

Positive Erfahrungen führen zu strukturellen, bleibenden Veränderungen, die nach der Entlassung im täglichen Leben umgesetzt und angewendet werden können. Die Haltung des psychosomatischen Arztes wird hier zunehmend abstinenter und Übertragungsdeutungen werden möglich. Die Durcharbeitung der pathologischen Konfliktverarbeitungsmuster ist wesentlich für den Fortgang der Therapie und die Motivation für eine weiterführende Behandlung.

Abschiednehmen und Vorbereitung auf den Alltag

Phase 3: Viele Patienten möchten in diese Phase nicht eintreten. Wie sie am Anfang Probleme hatten, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen so haben sie zum Ende Probleme, sich von dieser wieder zu trennen. Eine Trauerarbeit kann häufig nicht geleistet werden, und die reale Trennung wird verleugnet. Um eine Bearbeitung des Abschieds und eine Vorbereitung auf die Arbeitsplatz- und Familiensituation zu ermöglichen, hat sich ein aktives Vorgehen und Angehen dieser Phase spätestens zehn Tage vor der Entlassung bewährt, falls die Patienten sie nicht selbst einleiten.

Neben der Trauerarbeit soll die Vorbereitung auf die Situation nach der Entlassung stattfinden, zu erwartende Konflikte und Schwierigkeiten sollen vorweggenommen und durchgearbeitet werden, eine ambulante Weiterbehandlung muss in Aussicht gestellt werden, sei

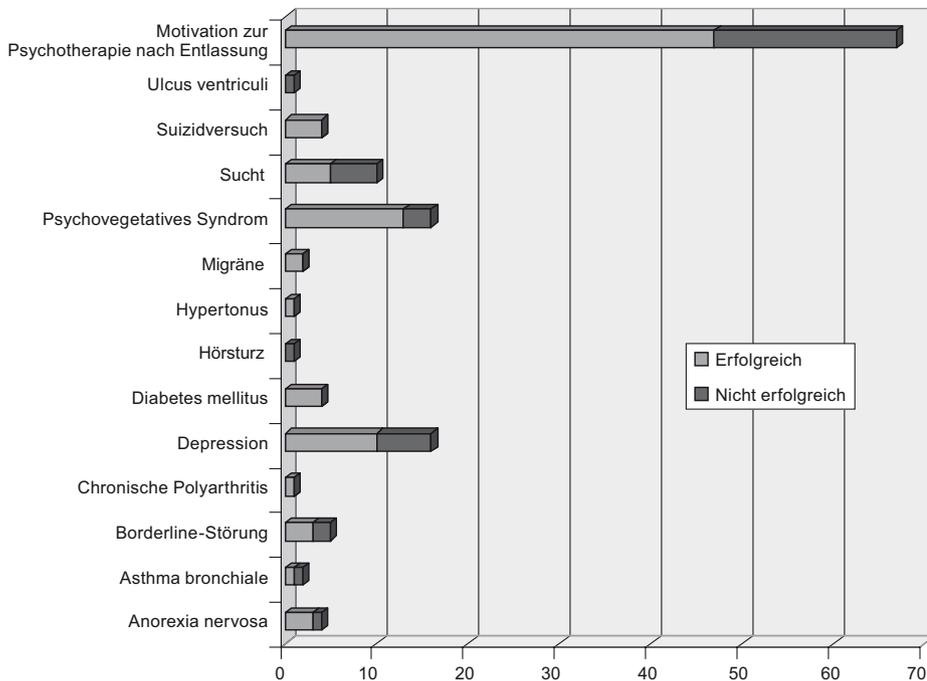


Abb. 2: Diagnosen und Behandlungserfolg der 67 Patienten

es durch Kontaktaufnahme zum weiterführenden Therapeuten oder durch Weiterbetreuung in der psychosomatischen Ambulanz. Dies ist wichtig, um das entstandene Vertrauen nicht zu enttäuschen und den therapeutischen Prozess kontinuierlich fortzuführen. Dies fördert nach Ansicht Schüler-Schneiders die regres-

siven Tendenzen der Patienten weniger, als wenn man sie mit ihren Symptomen und Problemen alleine lässt. Wie er erfahren musste, sind viele Ärzte und auch Psychotherapeuten mit der komplexen Symptomatik dieser Patienten überfordert. Die einen haben zu wenig Einsicht in die Psychosomatik, die anderen zu we-

nig Sicherheit bezüglich der körperlichen Symptomatik. Somit ist die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten erforderlich. Damit können ein Erfahrungsaustausch und eine Koordination der Therapie erfolgen. Die Folge ist eine zunehmende Sicherheit in der Behandlung.

Bei 70% der 67 behandelten Patienten konnte mit dem vorgestellten strukturierten Konzept einer festen Behandlungsdauer ein therapeutischer Prozess eingeleitet werden (siehe Abb. 2). Durch das offene, aufrichtige Verhalten des Teams wurde eine positive Identifikationsmöglichkeit geboten. Wichtig war, dass Kontroversen immer wieder angesprochen und ausdiskutiert wurden und Widerstände angesprochen werden konnten. Dies ermöglichte eine Durcharbeitung der „coping function“ und Aufdeckung der aktuellen Konflikte. Durch die Begrenztheit konnten sich die Patienten rechtzeitig auf den Abschied einstellen und diesen erarbeiten. Der Rahmen gab Sicherheit, die durch die intensive schulmedizinische Diagnostik verstärkt wurde.

Anfängliche Schwierigkeiten ergaben sich dadurch, dass keine feste Regel für die ambulante Weiterbetreuung be-

stand. Diese ist wichtig, um den Patienten das Gefühl der Gleichbehandlung zu geben. Es geht nicht an, dass ein Patient ambulant weiter betreut wird und ein anderer zu einem anderen Therapeuten weggeschickt wird. Dies führt zu Konkurrenz- und Neidgefühlen und belastet die therapeutische Beziehung. Gerade denjenigen Patienten, die erstmals Kontakt mit Psychotherapie hatten, war es wichtig, diese erste Vertrauensperson weiter zur Verfügung zu haben. Sie hatten sich geöffnet, waren verletztlich geworden und hatten das Gefühl, dass ihre Verletzlichkeit nicht ausgenutzt wurde. Um dieses Vertrauen nicht zu enttäuschen, ist eine behutsame Weitervermittlung zu einem Therapeuten des Vertrauens wichtig. Die Patienten sind höchst sensibel und spüren jede Unsicherheit und jede Unaufrichtigkeit. Man kann und sollte ihnen nichts vormachen oder eine falsche Abstinenz bewahren.

Hierzu das Beispiel einer Borderline-Patientin, die mit wechselnden somatischen Beschwerden mehrmals in unserer Klinik untersucht und behandelt wurde. Bei ihr war das Gespür für die Gefühle und die Haltung ihres Gegenübers besonders ausgeprägt. Sie wusste, wie der Arzt sich fühlte, ob er sich ärgerte oder

freute oder nur müde war. Hätte er ihr in der üblichen abstinenter Haltung diese Gefühle gedeutet, hätte sie dies wie die Gefühlskälte ihrer Eltern empfunden, die sich immer abstinenter verhalten hatten, keine Stellung genommen hatten und der Patientin schon früh alle Entscheidungen überlassen hatten. Durch bewusste Aufrichtigkeit und Offenheit konnte sie Vertrauen fassen. Dies ermöglichte ihr, sich mehr und mehr auf ihre eigenen Gefühle zu verlassen und diese immer wieder durch den Arzt bestätigen zu lassen (Spiegeln im Sinne Winnicotts). Nach der Entlassung war es ihr noch nicht möglich, ein ähnliches Vertrauensverhältnis zu einem anderen Therapeuten aufzubauen. Somit wurde bis zur Erlangung einer genügend großen Sicherheit eine weitere ambulante Betreuung vereinbart. Hier reichte anfangs die Deutung noch nicht aus. Hier musste die Bezugsperson zu Beginn noch real erhalten bleiben.

Die Entwicklung der Station war mit dem Drei-Phasen-Verlauf der stationären Therapie vergleichbar. Einer langjährigen Vorbereitungsphase folgte eine schwierige Durcharbeitungsphase und die entscheidende Abschiedsphase. So überzeugten zum Schluss die Therapieerfolge und die selbst gemachten Erfahrungen

aller Mitarbeiter. Zum Ende hin konnten sich die Schwestern selbstkritisch bei der Diskussion des Projektes äußern und waren wesentlich einfühlsamer und distanzierter gegenüber den Problemen der Patienten. Die Kollegen konnten entspannter mit psychosomatischen Patienten umgehen und engagierten sich zum Teil in den Nachtdiensten wesentlich über das gewohnte Maß hinaus. Damit wurde an dieser Stelle psychosomatische Medizin aus ihrer Isolation herausgenommen und fand Einzug in die medizinischen Überlegungen der Kollegen und des Pflegepersonals.

Nach der lang anhaltenden Krise mit großen Widerständen bestätigte sich auch, dass die langjährige Vorbereitung doch zu einem psychosomatischen Therapieverständnis geführt hatte. So wurde die Diagnose Angstneurose zum Schluss von den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen scherzhaft „Morbus Schüler-Schneider“ genannt. Diese Patienten wurden jetzt ernst genommen und nicht einfach fortgeschickt, wenn das EKG und die Laborenzyme in Ordnung waren. Sie wurden vorgestellt und in vielen Fällen wurden sie auf die psychosomatische Station aufgenommen oder dem psychosomatischen Arzt vorgestellt.

Eine wesentliche Frage der Schwestern war die nach einer Ausbildung zur psychosomatischen Schwester. Diese Fachausbildung existierte nicht, doch die Forderung nach ihr und ihre Notwendigkeit wurden manifest. Die Überforderung war im Wesentlichen auf das Bewusstwerden eigener Konflikte zurückzuführen. Sehr deutlich zeigte sich dies beim Zusammentreffen von Migräne-Patienten und einer migränekranken Schwester. Wie beim Therapeuten musste auch bei der psychosomatischen Schwester die eigene Neurose durch Selbsterfahrung aufgearbeitet werden, um den Umgang

mit der Gegenübertragung zu ermöglichen. Gerade bei psychosomatischen Patienten mit komplizierten Abwehrvorgängen und dem daraus resultierenden Potential, Unruhe und Unsicherheit zu produzieren, ist es wichtig, Widerstände aufzuarbeiten.

Der Therapeut kann Hilfe anbieten, aber keine Therapie erzwingen

Der größte Teil der von Schüler-Schneider behandelten Patienten war zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zu einer Psychotherapie nicht bereit. Für sie war der Arzt im weißen Kittel zur Aufrechterhaltung der beschützenden Abwehr notwendig. Diese wurde erst nach und nach gelockert, und die Patienten begannen, im Grenzgebiet zwischen Soma und Psyche zu wandern, und befanden sich auf der Suche nach ihrer Wahrheit. Es zeigte sich, dass sie sehr wohl unterscheiden konnten, was ihnen hilft und was nicht, und dass sie wirkungslose Medikamente auch wieder absetzen und genauso eine zu belastende und damit wirkungslose Therapie beendeten. Dies ist schmerzlich, wenn dem Therapeuten

der zugrunde liegende Konflikt deutlich geworden ist. Doch letztendlich ist auch der Rückzug und Abbruch einer Therapie Ausdruck von Autonomie, auch wenn sie nur mit einer pathologischen Konfliktverarbeitung aufrecht erhalten werden kann. Durch Deutung des Widerstandes können auch hier Bewusstseinsprozesse eingeleitet werden.

Der Therapeut kann dem Patienten seine Hilfe anbieten und ihm mit seiner Überzeugung und seinem Wissen eine Therapie empfehlen, aber er kann diese nicht erzwingen und dem Patienten sein Wohl oder sein Glück vorschreiben. Es sollte selbstverständlich sein, eine Pneumonie mit Antibiotika, einen Diabetes mellitus Typ I mit Insulin und eine Angstneurose mit Psychotherapie zu behandeln. Ein psychoanalytisches Interview ist eine diagnostische Maßnahme wie ein EKG, eine Sonographie oder Laboruntersuchungen. Nur mit dieser Selbstverständlichkeit ist es möglich, Innere Medizin und Psychosomatik in einer Person überzeugend zu verwirklichen.

Trotz der positiven Entwicklung zum Ende des Projektes wurde seiner Fortführung

und dem Ausbau von Seiten der Institution und der Krankenhausleitung nicht zugestimmt. Es erscheint mir jedoch wichtig, die gemachten Erfahrungen, Erfolge und Misserfolge, Erfreuliches und Unerfreuliches darzustellen, um zu ähnlichen Projekten zu ermutigen und einen Weg für eine praktikable integrative Psychosomatik aufzuzeigen. Die Chance, die Kluft zwischen Psychoanalyse und Schulmedizin zu überwinden, liegt darin, einen Prozess einzuleiten, der Jahre beansprucht, um Widerstände und Skepsis abzubauen, schreibt Schüler-Schneider 1988 weiter. Damit hatte er wohl mehr als recht. Erst im Oktober 1996 wurde die erste Psychosomatische Station in einem Allgemeinkrankenhaus in den Bettenbedarfsplan des Landes Hessen aufgenommen.

Korrespondenzanschrift

*Dr. med. Axel Schüler-Schneider
Giuliettstraße 27
60325 Frankfurt am Main
Tel. und Fax: 069 635363
E-Mail: psymed@t-online.de
www.psymed.eu*

Aut idem:

Ist „Gleiches“ wirklich immer „gleich“?

Klaus Losack

Vorwort

Der Austausch von rezeptierten Fertig- arzneimitteln durch wirkstoffgleiche Alternativpräparate ist in Apotheken nicht zuletzt durch die Rabattverträge inzwischen gang und gäbe. Ärzte können das nur durch einen expliziten Ausschluss – durch das Ankreuzen des Aut-idem-Kästchens – auf dem Rezept verhindern. Viele Ärzte beklagen das als Kontrollverlust über die Medikation.

Einleitung

Nach dem modifizierten Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach §129 Abs. 2 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e. V. muss für die Austauschbarkeit der gleiche Wirkstoff in gleicher Wirkstärke, in gleicher Packungsgröße sowie in einer gleichen oder austauschbaren Darreichungsform vorliegen. Außerdem müssen die Produkte für den gleichen Indikationsbereich zugelassen sein. Dabei gelten sogar verschiedene Salze, Ester, Isomere und Mischungen von Isomeren sowie Komplexe und Derivate eines Wirkstoffs als gleich. Außerdem gilt für

alle Darreichungsformen mit identischer Bezeichnung in der Lauer-Taxe das Kriterium „gleiche oder austauschbare“ Darreichungsform.

Ist „gleich“ wirklich immer „gleich“?

Erst Ende April 2008 hat die Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft zu diesen weiten Vorgaben kritische Stellung genommen. So sei es problematisch und wissenschaftlich anfechtbar, dass Salze, Isomere und Derivate eines Wirkstoffs als gleich anzusehen seien, solange kein therapeutisch relevanter Unterschied nachgewiesen sei. Außerdem gebe es reichlich Beispiele, dass sich unter einer gleichen Arzneiform, etwa Tabletten, höchst unterschiedliche Systeme befinden können, z. B. konventionelle Retardformen mit Matrixfreisetzung ebenso wie moderne OROS (oral osmotische Systeme) mit unterschiedlichen Freisetzungverhalten. Die Regelung bewirke auch, dass normale und Dispensiertabletten ebenso wie magensaftresistent überzogene Tabletten bei Diclofenac als austauschbar deklariert werden. Probleme beim Austausch lassen sich auch am Beispiel zugelassener Generika einfach veranschaulichen, denn deren Zulassung beruht auf dem Vergleich mit dem Originalpräparat.

Wirkungsdauer und maximaler Plasmakonzentration auftreten, wenn ein zugelassenes Generikum gegen ein anderes ausgetauscht wird.

Dies stellt also eine Verletzung der Bioäquivalenzforderung dar, die u.U. mit

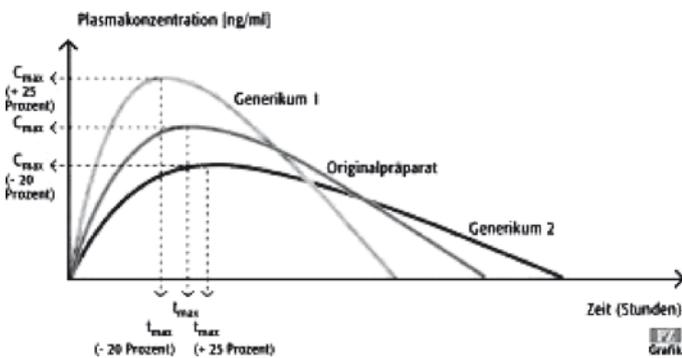


Abb. 1: Schematische Darstellung der Plasmaspiegelkurven eines Originalpräparates und zweier bioäquivalenter Generika. Durch das unterschiedliche Freisetzungverhalten kommt es trotz gleicher Dosierung zu klinisch relevanten Veränderungen der maximalen Plasmakonzentration (c max) und der Zeit bis zur maximalen Plasmakonzentration (t max). Bei einem Austausch dieser Generika können solche Schwankungen nahezu 45% erreichen und die erlaubten Toleranzgrenzen für die Bioäquivalenz deutlich überschreiten.

beim Austausch lassen sich auch am Beispiel zugelassener Generika einfach veranschaulichen, denn deren Zulassung beruht auf dem Vergleich mit dem Originalpräparat.

Vergleichende Untersuchungen verschiedener Generika werden nicht verlangt. Es können jedoch erhebliche Schwankungen von nahezu 45% bei Wirkungseintritt,

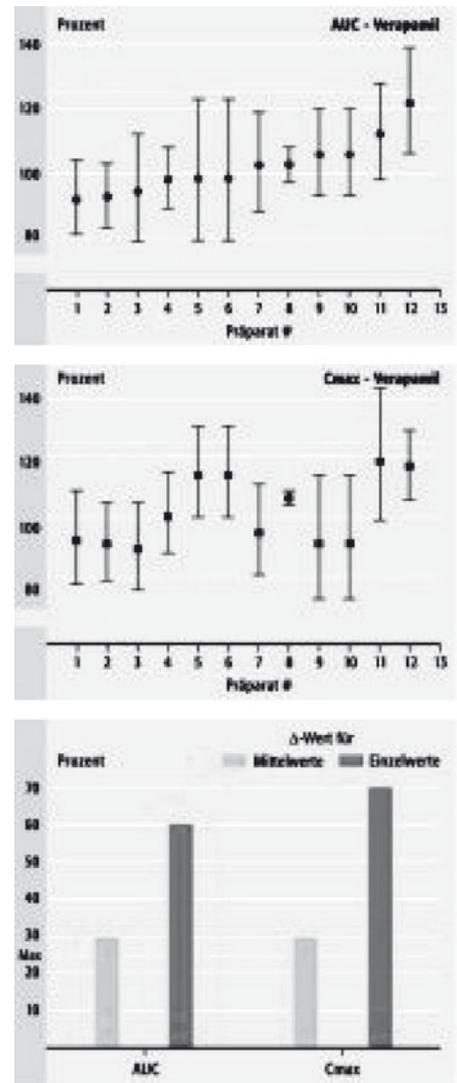


Abb. 2: (oben A, Mitte B, unten C) Variabilität von Bioäquivalenz-Parametern AUC und c max am Beispiel von zwölf Generika-Präparaten von Verapamil (80 mg). A+B: Die Mittelwerte und ihre 90-Prozent-Konfidenzintervalle weisen für beide Parameter hohe Abweichungen untereinander auf. C: Im Extremfall können die Abweichungen (Δ-Wert) weit über der maximal erlaubten Größe von 25 Prozent liegen. Die größten möglichen Abweichungen wurden aus den Daten (A+B) für die Mittelwerte bzw. für die Einzelwerte bestimmt.

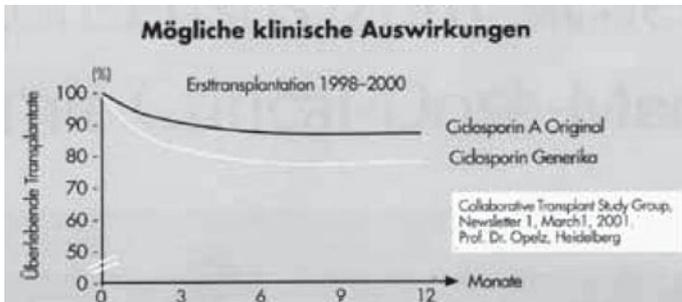


Abb. 3: Abweichung zwischen Original und Generikum machen Kontrollen erforderlich.

ernsthaften Konsequenzen für den Patienten verbunden sein kann.

Unkontrollierter Austausch hat Folgen für die Arzneimittelsicherheit

Kritisch wurde bereits im vergangenen Jahr der Wechsel von Thyroxin-Präparaten durch wirkstoffgleiche Rabattarzneien beäugt. Wegen der geringen therapeutischen Breite von Levothyroxin könnte es nämlich bei einem Präparate-Hopping zu relevanten TSH-Schwankungen kommen, warnte etwa der Endokrinologe Professor Christoph Reiners von der Universität Würzburg. Ähnlich äußerten sich Neurologen und Pharmazeuten kürzlich zur unkontrollierten Substitution bei Epilepsie-Patienten. Sie sehen eine erhöhte Gefahr von Intoxikationen oder Anfällen bei zuvor gut eingestellten Patienten.

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e. V. (DGS) wendete sich anlässlich des Deutschen Schmerztages im März 2008 in Frankfurt mit einem Expertenkonsensus gegen jeden Austausch von Betäubungsmitteln innerhalb einer Substanz oder unterschiedlicher Substanzen. Die Substitution erzeugt für den Patienten neue vom Arzt zu begleitende Risiken, die den Anforderungen einer Neueinstellung entsprechen.

Diese Haftung könne daher nicht auf den Apotheker übergehen, selbst wenn der Apotheker ein dem Arzt nicht bekanntes

Produkt abgibt, z. B. im Rahmen von ökonomischen Einsparpflichten.

Die Haftung verbleibt beim Arzt

Die Meinung des Bundesverfassungsgerichtes ist eindeutig. In einem Urteil führt es u. a. aus, dass sich der Arzt aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nicht über anerkanntes Fachwissen und feste Standards der Medizin zum Nachteil des Patienten hinwegsetzen darf. Weiter heißt es: Insbesondere darf der Mensch nicht zum Rechnungsposten ökonomischen Kalküls degradiert werden. ...“

Damit eröffnet sich für den Arzt ein Problem. Der Arzt hat nämlich den Patienten zur Sicherung dessen Selbstbestimmungsrechts über den beabsichtigten Einsatz eines neuen Medikaments und

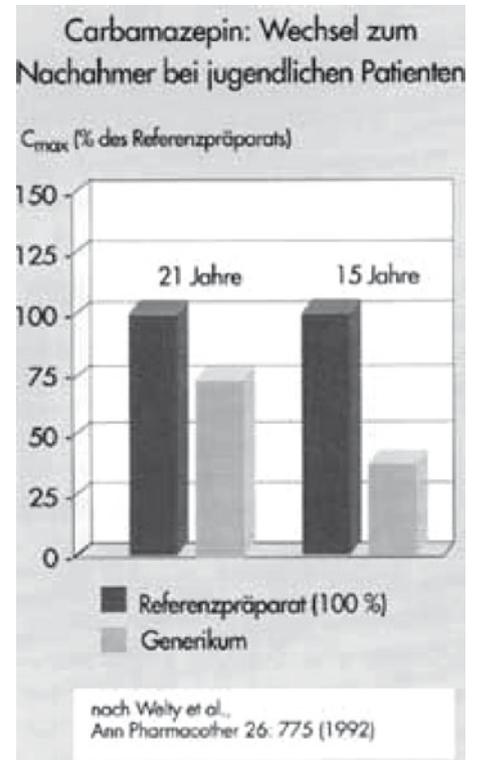


Abb. 4: Dokumentierte pharmakokinetische Auswirkungen eines Präparatewechsels im Fall von Carbamazepin. Bei den zuvor stabilisierten Patienten kam es zu neuerlichen epileptischen Anfällen. (c_{max} = maximale Plasmakonzentration.)

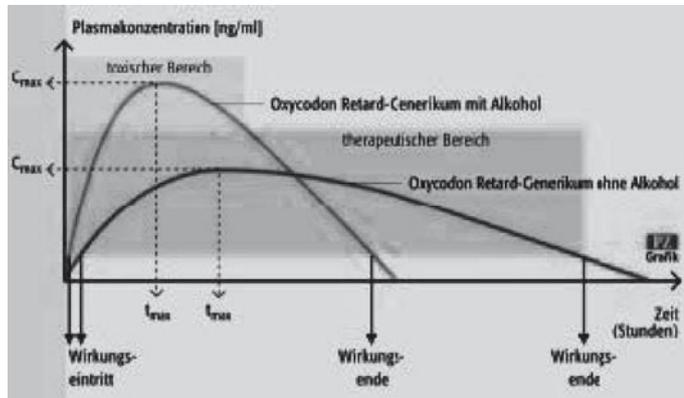


Abb. 5: Schematische Darstellung des „Alcohol Dose Dumping“-Problems am Beispiel retardierter Oxycodon-haltiger Arzneimittel. Durch gleichzeitige Anwesenheit von Alkohol wird die Retardierung zerstört. Dadurch können Plasmaspiegel erreicht werden, die den für den Patienten therapeutischen Bereich weit übersteigen kann. Eine solche Überdosierung kann u. U. Atemdepression, Koma und Tod verursachen.

dessen Risiken aufzuklären. Hat der Arzt versäumt, entsprechend aufzuklären, so ist die Behandlung rechtswidrig, auch wenn der Eingriff des Medikaments an sich sachgerecht war. Ein Arzt, der Aut idem zulässt, weiß aber oft nicht, welches konkrete Arzneimittel sein Patient erhält. Im berechtigten Zweifel wird er also Aut idem nicht zulassen dürfen. Juristisch korrekt, aber völlig unpraktikabel, müsste der Patient mit seinem Rezept in die Apotheke gehen. Der Apotheker weist den Patienten auf das Bestehen eines Ra-

Rechtsprechung zur Arzneimittelversorgung hat der Vorsitzende des Hartmannbundes eindringlich vor „unkalkulierbaren Haftungsrisiken“ für Ärztinnen und Ärzte bei der Anwendung von Aut idem gewarnt.

Kostenersparnis durch Substitution?

Es passt aktuell in die Landschaft des Gesundheitswesens, dass die Fragestellung nach Einsparungen sich typischerweise ausschließlich auf die Kran-

battvertrages und die Notwendigkeit der Substitution mit dem Medikament XY hin, welches er dem Patienten aushändigt. Damit wendet sich der Patient dann, wieder zurück in der Praxis, an den Arzt, um sich entsprechend über das erhaltene Medikament aufklären zu lassen.

Vor diesem Hintergrund der aktuellen

kenkassenperspektive fokussiert. Aus ökonomischer Sicht ist allerdings eine breitere Perspektive angezeigt, um die volkswirtschaftliche Sinnhaftigkeit von regulierenden Maßnahmen zu beurteilen. Es ist daher auch unbedingt zu berücksichtigen, dass den Einsparungen bei den Krankenkassen Mehrkosten durch die Substitution gegenüberstehen, die sich sowohl durch nachfolgend vermehrte Arztkonsultationen als auch durch einen erhöhten Aufwand in der Apotheke widerspiegeln.

Vermehrte Arztbesuche schlagen sich im gegenwärtigen Vergütungssystem der ambulanten ärztlichen Versorgung aufgrund der mitgliederbezogenen Kopfpauschalen der Krankenkassen kurzfristig nicht auf deren Ausgaben durch, sie erhöhen jedoch den morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarf. In der Arztpraxis stellen die vermehrten Konsultationen dadurch einen erheblichen betriebswirtschaftlichen Schaden dar, da der Arzt seine Leistung uneingeschränkt erbringen muss, ohne für den Mehraufwand honoriert zu werden.

In der Apotheke entstehen Mehrkosten durch die Substitution durch einen erhöhten Verwaltungsaufwand und eine komplizierte Kundenberatung. Außerdem sind Kostensteigerungen in der Apotheke auf die durch Rabattverträge hervorgerufenen Lagerbestandsveränderungen zurückzuführen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Umstellung auf ein anderes Präparat mit einer verringerten Patienten-Compliance einhergehen kann. Diese kann aber ihrerseits Folgewirkungen nach sich ziehen, die ihrerseits zu höheren Kosten der Krankenkassen sowohl bei den Arzneimitteln als auch in anderen Bereichen führen. Besonders bei unbeschränktem Austausch von Fertigarzneimitteln bei sensiblen und nur mit größerem medizini-

schen Aufwand einstellbaren Pharmakotherapien (wie zum Beispiel bei Opioiden der BTM-Stufe III, bei Antikonvulsiva, Antiepileptika, Antihypertensiva, Psychopharmaka etc.) muss der Wechsel der Medikation als potentieller Kostentreiber angesehen werden. Daher ist fraglich, ob durch eine Substitution auf rabattierte Arzneimittel gesamthaft Nettoeinsparungen erzielt werden können.

Fazit

Die Aut-idem-Regelung stellt eine gesetzliche Maßnahme zur Verminderung von Kosten im Gesundheitswesen dar. Aus pharmakologischer, medizinischer, juristischer und aus ökonomischer Sicht sind jedoch erhebliche Bedenken anzumelden:

- Die Bioäquivalenz bei Austausch eines Generikums gegen ein anderes ist für den Arzt oder Apotheker nicht überprüfbar.
- Der Austausch von wirkstoff- und indikationsgleichen Arzneimitteln kann die Arzneimittelsicherheit beeinträchtigen.

- Der Wechsel von Fertigarzneimitteln mit unterschiedlicher Form, Farbe, Größe und Teilbarkeit kann die Patienten-Compliance erheblich verringern.
- Das Haftungsrisiko beim Austausch von Fertigarzneimitteln durch den Apotheker liegt nach aktueller Rechtsprechung paradoxerweise ausschließlich beim Arzt.
- Die Kostenersparnis im Arzneimittel-sektor wird durch Mehrkosten in anderen Bereichen überkompensiert.

In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber die Pflicht, patientenorientiert und marktconform nachzubessern. Fordern Sie also, dass

- Austausch von Generika untereinander nur möglich ist, wenn die Bedingung der Bioäquivalenz erfüllt ist.
- die wichtigsten Bioäquivalenzparameter für Arzt und Apotheker offen gelegt werden.
- keine beliebige Substitution zwischen verschiedenen Generika stattfinden darf, da diese wegen des Wirrwarrs von Markennamen, Tablettenformen

und Farben die Patienten-Sicherheit und -Compliance gefährdet.

- keine Fertigarzneimittel bei sensiblen und schwer einstellbaren Pharmakotherapien substituiert werden dürfen.
- die Haftung für mögliche medizinische Folgen durch die Substitution nicht beim Arzt liegt.
- durch schlechte Substitution verursachter Mehraufwand in der Praxis honoriert wird.
- mit Blick auf die Arzneimittelsicherheit Meldungen zu UAW präparatespezifisch erhoben werden und nicht per Substanznamen.

Anschrift des Verfassers

Klaus Losack

Sprecher des GPA-Mitte

Tel.: 02243 82829

Fax: 02243 82830

E-Mail: klaus.losack@merck-pharma.de

Wir entschuldigen uns für die Qualität der Grafiken. Leider standen uns keine besseren Vorlagen zur Verfügung.

Die Redaktion

Nach den Wahlen:

Jürgen Banzer leitet Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit

Neuer Hessischer Sozialminister ist Jürgen Banzer (CDU), der bisher an der Spitze des Hessischen Kultusministeriums stand. Er löst die seit 2001 amtierende Ministerin Silke Lautenschläger (CDU) ab, die in das Hessische Ministerium für Umwelt, Energie, Landwirtschaft und Verbraucherschutz wechselte. Die neue Staatssekretärin Petra Müller-Klepper (CDU) folgt auf den seit 2003 amtierenden Staatssekretär Gerd Krämer (CDU). Krämer wechselte in das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Kunst.

LÄK

Fälschungen des Arzneimittels Xeomin in Polen entdeckt

Nach Informationen aus dem Hessischen Sozialministerium wurden in Polen Fälschungen des Arzneimittels Xeomin 100 LD₅₀ (Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung, Wirkstoff: Clostridium Botulinum Neurotoxin Type A) der Merz Pharmaceuticals, Frankfurt, entdeckt.

Dabei handelte es sich um eine Packung (Inhalt 1 Amp.) mit deutschsprachiger Kennzeichnung, Chargennummer 408011 und einem Verfalldatum 06.2010

Anwender von Botulinum Toxin werden um Wachsamkeit und Vorsicht gebeten. Beim Verdacht auf das Auftauchen ähnlicher Fälschungen in Deutschland bitte umgehend das Regierungspräsidium Darmstadt (Dr. Jochen Daab Tel. 06151 12-5697, E-Mail: pharmazie@rpda.hessen.de) informieren.

Dr. R. Kaiser LÄKH

Schmerztherapie

Ist Morphin anderen Opioiden noch ebenbürtig?

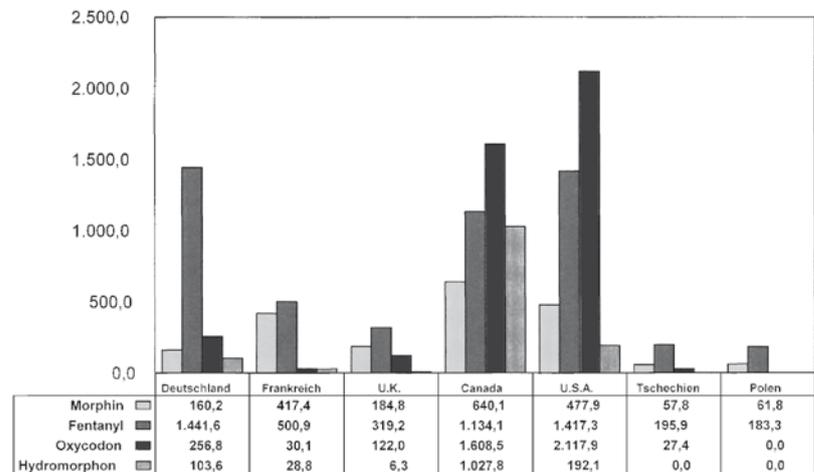
Gerd Mikus

Seit einigen Jahren wird diskutiert, welches Opioid der Stufe III als Therapie der ersten Wahl bei starken bis sehr starken Schmerzen anzusehen ist. In die Diskussion über Vor- und Nachteile einzelner Substanzen und möglicher Kombinationen gehen nicht nur Parameter wie Wirksamkeit, Verträglichkeit, Nebenwirkungen und Nutzen für den Patienten ein, sondern immer häufiger und vordergründiger auch die Kosten. Andererseits wird von Experten gefordert, dass die Therapie der jeweiligen Situation angepasst werden muss und daher individuell zu gestalten ist. Es kann also in der Schmerztherapie nicht ein einziges Mittel der Wahl geben. Diese Arbeit gibt anhand von Fakten aus klinisch relevanten Studien und statistischen Auswertungen einen Überblick über die momentane Verordnungssituation. Dabei wird deutlich, dass der Kostenaspekt allein nicht die entscheidende Rolle bei Therapieentscheidungen spielen darf.

Goldstandard Morphin?

Morphin galt lange Zeit als Goldstandard der Schmerztherapie mit Stufe-III-Opioiden. In nationalen und internationalen Leitlinien wird es immer noch als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung von Tumorschmerzen genannt. Morphin weist im Vergleich zu anderen starken Opioiden die geringste Einsatzbreite auf, zeigt vergleichsweise höhere Nebenwirkungsinzidenzen und bildet einen aktiven Metaboliten, der in Abhängigkeit von der Nierenfunktion kumulieren kann (7, 8). Über die letzten Jahre hinweg wurden sinkende Verschreibungshäufigkeit von Morphin berichtet. So zeigen die vom INCB (International Narcotics Control Board) ermittelten Verbrauchsdaten (19), dass Morphin weltweit nicht mehr das meistverordnete Opioid der Stufe III

Verbrauch ausgewählter Opioiden (umgerechnet in g Morphin entspr. der Wirkäquivalenz*) per 10.000 capita im Jahr 2004



*Wirkäquivalenzen zu Morphin: Fentanyl 1:100; Oxycodon 1:2; Hydromorphon 1:7,5

Quelle: International Narcotics Control Board "Consumption of the principal narcotic drugs" - 2005; Verbrauch für 2004, Incb2004a1 02.05.2006

ist. Dies gilt auch für einzelne Länder, wie Deutschland, England, Frankreich, Kanada und die USA. Substanzen wie Oxycodon und Fentanyl werden wesentlich häufiger eingesetzt und sind in diesen Ländern heute eher als Standard anzusehen (Abb. 1). Daher kann Morphin nicht mehr als Leitsubstanz und damit als wirtschaftliche Alternative zu anderen Wirkstoffen klassifiziert werden (14).

Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil von Morphin

Ein mitentscheidender Faktor bei der Auswahl des für eine bestimmte Therapie geeigneten Analgetikums sollte dessen Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil sein. Das pharmakokinetische Verhalten der verschiedenen Opioiden ist vor allem auch im Alter von Bedeutung, da die glomeruläre Filtrationsrate trotz konstanter Serumkreatininwerte kontinuierlich abnimmt. Bei Therapie mit Morphin entstehen laut Dean (7) durch Glukuronidierung in der Leber die Metabolite M₃G (55 %) und M₆G (10 %), wobei

M₆G eine noch höhere pharmakologische Potenz als seine Muttersubstanz besitzt, und analgetisch aktiver ist als Morphin. Deren Halbwertszeit ist mit 6–8 Stunden (31) erheblich länger als die des freien Morphins (4 Stunden). Der Anteil der extrahepatischen Glukuronidierung, vor allem in der Niere, kann bis zu 35 % betragen. Bei chronischer Niereninsuffizienz kann die Halbwertszeit von M₆G auf bis zu 27 Stunden verlängert sein (6, 39). Da die Stoffwechselprodukte aktiv renal ausgeschieden werden, kommt es zur Akkumulation. Hierdurch können hohe ZNS-Konzentrationen von M₆G entstehen, die zu Intoxikationserscheinungen mit lang anhaltender Atemdepression, chronischer Übelkeit und Erbrechen, kognitiven Funktionsstörungen und sogar zu Halluzination und Koma führen können (10, 20). Osborne et al. (38) fanden, dass es bei eingeschränkter Nierenfunktion unter der Therapie mit Morphin zu einer Verdopplung der C_{max} für die Muttersubstanz und sogar zu einer etwa zehnfach höheren AUC für das pharma-

kologisch hochaktive M6G kommt. Wegen der verlängerten Halbwertszeit sind schwerwiegende toxische Effekte gerade bei niereninsuffizienten alten Patienten zu erwarten (1, 8). Die pharmakologische Bedeutung von M3G ist weitgehend ungeklärt. Zudem wird dieser Metabolit mit neuroexzitatorischen Effekten bzw. Myoklonien in Verbindung gebracht (44). Das Nebenwirkungsprofil von Morphin führt bei 10–30 % von Tumorpatienten zu intolerablen unerwünschten Wirkungen, die einen Opioidwechsel (Switching) erforderlich machen (42).

Im Gegensatz zu Morphin weist Oxycodon keine klinisch relevanten Stoffwechselprodukte auf, und von den Hydromorphon-Metaboliten gehen keine pharmakologischen Aktivitäten aus bzw. ist keine Akkumulation zu erwarten (30, 49). Bei Buprenorphin entsteht ein Metabolit mit nur geringer klinischer Relevanz (33). Die einzelnen Substanzen sind also pharmakologisch, pharmakokinetisch und -dynamisch unterschiedlich zu bewerten. Jede Schmerztherapie erfordert auch aus diesem Grund eine individuelle Anpassung an den einzelnen Patienten.

Häufige Nebenwirkungen von Morphin in klinischen Studien

In klinischen Studien zeigt sich allgemein, dass es unter Morphin häufiger zu Nebenwirkungen kommt als unter anderen Opioiden, wie z. B. Oxycodon. 1997 berichten Heiskanen und Kalso (17), dass die Nebenwirkungen unter Morphin häufiger als mäßig und schwer einzustufen sind als in der Oxycodongruppe. In einer anderen Studie wird in der Oxycodongruppe signifikant seltener über Halluzinationen und über weniger Fälle von Juckreiz als unter Morphingabe berichtet (34). Pöyhiä et al. (40) berichten über weniger Juckreiz unter Oxycodon als unter

Morphin. Das hängt mit der geringeren Histaminausschüttung unter der Oxycodongabe zusammen. Auch Übelkeit und Erbrechen treten unter Morphin häufiger auf (22). In dieser Studie kam es in der Morphingruppe ebenfalls zum Auftreten von Halluzinationen. Unter der Therapie mit Oxycodon nimmt hingegen mit zunehmender Behandlungsdauer die Häufigkeit der Nebenwirkungen ab (16, 25). Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich bei einer längerfristigen Behandlung eine Toleranz für Nebenwirkungen entwickelt (11). Missbrauch oder psychische Abhängigkeit wurden nicht beobachtet. Es verursachte häufiger Sedierung und Müdigkeit (22). Zudem bewirkt Morphin durch die begleitende Histaminfreisetzung eine stärkere Senkung des Blutdrucks und löst Tachykardien aus (12, 23).

Zu beachten ist auch eine durch Opioide ausgelöste mögliche Immunsuppression, die gerade bei älteren Schmerzpatienten und bei Tumorpatienten zu einer Verringerung der Abwehrlage führt. Die Stärkung der körpereigenen Abwehr ist aber bei Tumorpatienten ein wichtiges Gebot. Auch Patienten mit chronischen Schmerzen und daraus resultierenden Schlafstörungen sind durch massive Stressoren

belastet, die das Immunsystem negativ beeinflussen können. Medikamente mit immunsupprimierender Wirkung sind hier nach Meinung von Experten kontraindiziert. Morphin hat eine ausgeprägt immunsupprimierende Wirkung. Oxycodon oder Hydromorphon verhalten sich hier dagegen neutral. Die Unterschiede basieren auf der Molekülstruktur (43).

Opioide und Obstipation

Die häufigste Nebenwirkung aller Opioide ist die Obstipation, die bei längerer Behandlung unter Morphin bei bis zu 90 % der Patienten auftreten kann (28). Sie erfordert nahezu immer die gleichzeitige Einnahme von Laxanzien (5). Ein erhebliches Problem ist die Obstipation bei der postoperativen Schmerztherapie, da sie die postoperative Darmatonie verstärkt und damit zu einer schmerzhaften Beeinträchtigung der Patienten führt und kostenintensiv ist (27). Oft entwickeln sich damit verbunden obstipationsbedingt Übelkeit und Erbrechen. Das kann bei frischen Operationsnarben besonders schmerzhaft sein. Kommt es durch diese Nebenwirkungen zu einem längeren Klinikaufenthalt, erhöhen sich entsprechend die Kosten.

Intelligente Therapieoptionen bei Obstipation gefordert

Auslöser für opioidinduzierte Obstipationen ist die Bindung des Wirkstoffs an die im Magen-Darm-Trakt befindlichen peripheren Opioid-Rezeptoren. Dadurch kommt es zu einer herabgesetzten Magen-Darm-Motilität und Magenentleerung, einer reduzierten Freisetzung von Verdauungsenzymen, einer Behinderung der Propulsion des Darminhalts durch segmentale Kontraktionen sowie zu einer Steigerung der enteralen Flüssigkeitsreabsorption. In der Folge können schwerwiegende und mitunter lebensbedrohliche Komplikationen, so durch Impakt-/Stuhlsteinbildung und begleitende paradoxe Diarrhöen sowie durch Pseudo-Obstruktionen des Darmlumens auftreten. Nebenwirkungen wie die Obstipation lassen sich heute durch intelligente Lösungen von vornherein begrenzen oder verhindern.

Ein solcher Lösungsansatz ist die seit 2006 vorliegende fixe Kombination des als hochwirksam bekannten Opioids

Oxycodon mit dem potenten Opioid-Rezeptor-Antagonisten Naloxon. Oxycodon besitzt eine ausgezeichnete therapeutische Breite und gute Steuerbarkeit. Seine Wirksamkeit ist anhand vieler klinischer Studien belegt (21, 22, 24, 26, 47 u. v. a.). Die hohe Bioverfügbarkeit von etwa 75%, der schnelle Wirkeintritt innerhalb einer Stunde und die über zwölf Stunden anhaltende Wirkung sind gut dokumentiert (3, 21, 41).

Auch Naloxon ist ein gut untersuchter Wirkstoff, verfügt über ein bekanntes Sicherheitsprofil und wird klinisch intravenös eingesetzt, um Opioidüberdosierungen zu antagonisieren (28). Oral gegebenes Naloxon, wie in der Fixkombination Oxycodon/Naloxon, wirkt in den verwendeten Dosierungen ausschließlich an den peripheren μ -Rezeptoren des Magen-Darm-Trakts. Da die Affinität von Naloxon zum Opioidrezeptor um mehrere Potenzen höher ist als die von Oxycodon, kann auch der bereits gebundene Agonist aus der Bindung am Rezeptor verdrängt werden. Naloxon hat keinerlei intrinsi-

sche Aktivität, somit wird die Obstipation kausal unterbunden bzw. therapiert. Löst sich Naloxon vom Rezeptor, gelangt es mit dem venösen Blutstrom über die Pfortader in die Leber. Hier wird es nahezu vollständig ($> 97\%$ im First Pass) zu pharmakologisch unwirksamen Metaboliten (meist Konjugate) verstoffwechselt. Die Vorteile der Kombination werden in einer Publikation in Frage gestellt (35). Der Autor hält die Fixkombination nicht für sinnvoll. Es bestände die Gefahr, dass die analgetische Wirkung von Oxycodon durch den antagonistischen Anteil von Naloxon aufgehoben werde. Diese Vermutungen sind jedoch nicht durch Literaturdaten belegt. Aus den bisher und gerade aktuell publizierten Studien (32, 37, 45) lässt sich dagegen schließen, dass Naloxon in den verwendeten Dosierungen bis 40 mg nicht in relevanten – antagonistisch wirksamen – Konzentrationen in das zentrale Nervensystem gelangt, da sich unter der Kombination keine verminderte analgetische Wirkung von Oxycodon feststellen ließ. Die glo-

bale Beurteilung von Wirksamkeit und Verträglichkeit verbesserte sich mit steigenden Naloxon-Dosen (10–40 mg) sogar (37).

Vorteile der Kombination Oxycodon/Naloxon in klinischen Studien belegt

Die Ergebnisse zahlreicher, multinational durchgeführter Phase-II- und Phase-III-Studien zur Untersuchung der analgetischen Wirksamkeit und der Reduktion der opioid-induzierten Obstipation mit der Fixkombination zeigen, dass Naloxon (in den verwendeten Dosierungen) aufgrund seiner nicht vorhandenen zentralen Wirkung keinen Einfluss auf die von Oxycodon vermittelte Analgesie hat.

Wie eine Studie aus dem Jahr 2007 belegt, verbesserte sich die Darmfunktion mit zunehmendem Oxycodon/Naloxon-Verhältnis (18, 32, 36). Die Darmfunktion wurde anhand des Bowel Function Index (BFI) gemessen, einem validierten Maß für die Erfassung einer Obstipation mittels einer Skala von 0 (keine Beschwerden) bis 10 (stärkste Beschwerden). Ein Dosis-Verhältnis von Oxycodon: Naloxon von 2:1 stellte sich in dieser Studie als das Wirksamste heraus.

Eine randomisierte europaweite klinische Phase-III-Studie mit 463 Patienten, die an moderaten bis starken chronischen Rückenschmerzen litten, belegt die Sicherheit und die gute Wirksamkeit von retardiertem Oxycodon/Naloxon (45). Die Untersucher zeigten, dass unter der Einnahme der Kombination keine Beeinträchtigung der analgetischen Wirksamkeit im Vergleich zu Oxycodon allein auftrat. Hingegen verbesserten sich sowohl der BFI als auch die Anzahl der spontanen, laxanzienfreien Darmentleerungen. Unter der Oxycodon-Monotherapie nahm die Frequenz der Laxanzieneinnahme hingegen zu. Die

kürzlich erschienene Studie bestätigt die gute analgetische Wirksamkeit und die Sicherheit der Kombination. Nach Ansicht der Autoren erhöht die verbesserte Darmfunktion die Akzeptanz vor allem bei der Langzeittherapie chronischer Schmerzen.

An der ersten nicht-interventionellen Studie (9) zur Untersuchung der Sicherheit und Verträglichkeit von Oxycodon/Naloxon-Retardtabletten nahmen 7.836 Patienten mit Schmerzen unterschiedlicher Genese (z. B. degenerative Wirbelsäulenerkrankung, Arthrose und Tumor) teil. Die Patienten wurden über vier Wochen regelmäßig mit einer zweimal täglichen Dosierung von 10/5 mg oder 20/10 mg Oxycodon/Naloxon in Fixkombination therapiert. Die Schmerzintensität nahm signifikant ab. Die meisten Ärzte und Patienten bestätigten die gute bis sehr gute analgetische Wirksamkeit und Verträglichkeit. Eine zusätzliche Therapie der gastrointestinalen Störung war meistens nicht mehr erforderlich. Die Beeinträchtigung der einzelnen Lebensqualitätsparameter (allg. Aktivität, Stimmung, Gehvermögen, Arbeit, Beziehung, Schlaf, Lebensfreude) nahm ebenfalls ab, und die Darmfunktion normalisierte

sich. Auch Nebenwirkungen wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Appetitverlust und Schwindel wurden deutlich reduziert.

Die Daten der nicht-interventionellen Studie bestätigen die klinischen Ergebnisse und die Möglichkeit des breiten praktischen Einsatzes der Kombination. Es wird deutlich, dass die Vorteile dieser Therapie sich vor allem auf eine verbesserte Lebensqualität der Schmerzpatienten auswirken (9).

Wirtschaftliche Aspekte

Die Wirtschaftlichkeit von Therapien wird heute oft mit Hilfe der DDD der WHO überprüft. Die WHO weist aber selbst darauf hin, dass die DDD-Daten nur für epidemiologische Zwecke bestimmt und nicht zum Vergleich von Therapiekosten geeignet sind (48). So werden keine äquipotenten Dosierungen verglichen, sondern es wird nur das Verschreibungsverhalten der jeweiligen Länder dargelegt (46). Auch das ATC der WHO vergleicht in seiner an die deutschen Verhältnisse angepassten Version (13) meist keine äquipotenten Dosierungen, sondern beleuchtet nur die durchschnittliche Tagesdosierung unterschiedlicher Medikamente. Werden zur Berechnung

Tabelle 1: Preisvergleich der Tagestherapiekosten (DDD)
Quelle: IMS Daten Preisstand 15.12.2007

	Oxycodon	Hydromorphon	Targin
mg DDD	46,4	18,61	29,37
Preis/mg	0,11	0,36	0,12
Preis/DDD	4,85	6,81	3,49
	Buprenorphin	Fentanyl	Morphin
mg DDD	0,90	1,11	66,01
Preis/mg	0,01	4,41	0,03
Preis/DDD	5,47	4,88	1,86

der Tagestherapiekosten vergleichbare Wirkstärken und die in Deutschland tatsächlich eingesetzten Wirkstoffmengen laut IMS-Health aus dem Jahre 2006 herangezogen, ergibt sich ein anderes Bild. Wagner (46) stellt einen Preisvergleich (DDD) der Tagestherapiekosten mit äquianalgetischen Dosen an und berücksichtigt dabei die verfügbaren Teilbarkeiten und sinnvollen Applikationsintervalle. Dabei wird deutlich, dass die Unterschiede in den Tagestherapiekosten zwischen den einzelnen Opioiden weniger erheblich als erwartet sind und Morphin nicht die preiswerteste Therapie starker Schmerzen ist (Tab. 1).

Als ein weiterer, oft übersehener Aspekt kommen die teilweise erheblichen Kosten der Behandlung der Nebenwirkungen der Opiode hinzu. So müssen zur Symp-

tomkontrolle häufig weitere Arzneimittel eingesetzt werden, wie Laxanzien, Antiemetika oder Koanalgetika. Allein die Obstipation erfordert eine Kombinationstherapie mit Laxanzien, die bis zu 30%–50% der Behandlungskosten mit dem Opioid selbst ausmachen können (Tab. 2). Bei einer Auswahl stark wirkender Opiode nur nach Kostenaspekten wird also neben einer möglichen Fehlversorgung auch eine Kostensteigerung durch Multimedikation induziert (46).

Eine Multimedikation bewirkt häufig eine Reduktion von Patientencompliance und Lebensqualität – was vielfach zu Opioidwechsel führt. Anhand von US-Krankenversicherungsdaten wurde gezeigt, dass es bei Schmerzpatienten, die initial auf retardiertes Morphin eingestellt waren, signifikant häufiger zu Opioidwechsel

(Switching) kam als bei initialer Einstellung auf transdermales Fentanyl oder retardiertes Oxycodon. Diese retrospektive Kohortenstudie zeigt, dass die kalkulierten Gesamtkosten für Patienten mit Opioidwechsel signifikant über den Kosten für Patienten ohne

Therapiewechsel lagen. Das galt sowohl für Patienten mit nicht-tumorbedingten Schmerzen als auch für Tumorschmerzpatienten (2).

Eine gesetzliche Maßnahme zur Verminderung von Kosten für Arzneimittel im deutschen Gesundheitswesen stellt die Aut-idem-Regelung dar. Grundsätzlich gilt diese Regelung jedoch nur für Präparate, die dem verordneten Präparat hinsichtlich Darreichungsform, Wirkstoff, Wirkstoffgehalt und Freisetzung- bzw. Resorptionsverhalten gleichwertig sind. Wie bereits anhand der Opiode dargestellt, sind dazu aus pharmakologischer Sicht einige Bedenken anzumelden (29). So ist beispielsweise Bioäquivalenz bei Austausch eines Generikums gegen ein anderes nicht untersucht, da ein Generikum immer nur gegen das Präparat des Originalherstellers geprüft wird. Ob hingegen zwei Generika bioäquivalent sind, ist für den niedergelassenen Arzt oder Apotheker nicht überprüfbar. Darüber hinaus kann der unbeschränkte Austausch von Fertigarzneimitteln mit unterschiedlicher Form, Farbe, Größe und Teilbarkeit die Compliance und die Arzneimittelsicherheit beeinträchtigen. Auch das kann zusätzliche Kosten verursachen. Zudem wird am Beispiel der BTM deutlich, dass der uneingeschränkte Austausch von Fertigarzneimitteln bei sensiblen und nur mit größerem medizinischem Aufwand einstellbaren Pharmakotherapien zu besonderen Belastungen bei Patienten führen kann, weil eine Neueinstellung erforderlich wird (15, 29). Eine Neueinstellung oder ein Opioidwechsel ist jedoch mit erhöhten Kosten verbunden (2) und führt damit das zur Kostenersparnis erdachte System ad absurdum.

Zu beachten ist zudem, dass laut Urteil des Bundesverfassungsgerichts (4) die

Tab. 2: Tagestherapiekosten von Adjuvantien unter Opioidtherapie aus Wagner 2007

Laxantien	Tagestherapiekosten in €
Quellstoffe	0,54
Lactulose	0,36
Hydragoge Laxanzien	0,27
Gleitmittel	1,15
Macrogol	1,34
Klysmen	1,36
Prokinetika	
Metoclopramid	1,26

Fortsetzung auf Seite 193

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

7. Internationale Kasseler Fortbildung Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung

Themen: s. HÄBL 02/2009
Freitag, 13. – Samstag, 14. März 2009 **7 P**
Leitung: Dr. med. B. Hermann, Kassel
Tagungsort: Kassel,
 Hörsaal Klinikum Mönchebergstr. 48e, Gebäude 48
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung
 und -vernachlässigung (DGgKV) e. V., Techniker Krankenkasse,
 Klinikum Kassel
Information und Anmeldung: DGgKV e. V. Geschäftsstelle,
 Königsweg 9, 24103 Kiel, Tel: 0431 671284, Fax: 0431 674943,
 E-Mail: Info@dggkv.de,
 Online: www.dggkv.de/www.kindesmisshandlung.de

17. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie

Leitlinienorientierte Thromboseprophylaxe 2009 **7 P**
 Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Innere Medizin,
 Chirurgie und Klinische Pharmakologie
 Eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemon-
 strationen (s. HÄBL. 02/2009)
Samstag, 14. März 2009, 9:00 s. t. bis 15:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.
 Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.
 Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5
Auskunft und Anmeldung: Frau Ch. Ittner, Akademie,
 Tel.: 06032 782-223, Fax: -228, E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Differenzierte Schmerztherapie in der ärztlichen Praxis

Themen: Pharmakotherapie/Schmerztherapie/
 Haftungsrechtl. Fragen
Termine wahlweise:
Mittwoch, 04. März 2009, Bad Nauheim **4 P**
Mittwoch, 11. März 2009, Frankfurt a. M. **4 P**
Mittwoch, 18. März 2009, Kassel **4 P**
jeweils 16:00 – 19:00 Uhr
Teilnahmebeitrag: kostenfrei
Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie
 Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Chirurgie

Ösophago-gastrale Chirurgie **9 P**
Terminänderung: Samstag, 21. März 2009
Leitung: Prof. Dr. med. W. Padberg, Gießen
Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de
Weiterer Termin: 06. Juni 2009 Kinderchirurgie

Neurologie – Ophtalmologie – Psychosomatik

Schwindel interdisziplinär: Rationale Diagnostik und Therapie **5 P**
Themen: Periphere vestibuläre Schwindelformen/Zentrale vesti-
 buläre Schwindelformen: Fallbeispiele und Videos/Schwindel:
 Diagnose und Therapie aus psychosomatischer Sicht/Schwindel
 & Synkopen – was ist zu tun?/Praktische Neuro-ophthalmologische
 Untersuchung.
Samstag, 14. März 2009, 09:00 – ca. 13:30 Uhr
Leitung: Dr. S. v. Stuckrad-Barre, Wiesbaden
Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie
 Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Freitag, 20. März 2009 13:00 – 21:00 Uhr **11 P**
Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)
 (inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
 Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

2. Frankfurter Interventionellen Tage „FIT für die Stent-Therapie“

In Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen
 und der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie.
 Schwerpunkt dieser Veranstaltung soll die Stent-Therapie bei
 Aortenaneurysmata, pAVK, Interventionen der supraaortalen
 Gefäße, Nieren- und Viszeralarterien und TIPPS sein.
Samstag, 28. März 2009, 09:00 – 16:45 Uhr **8 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T.J. Vogl, PD Dr. med. S. Zangos,
 Dr. med. R. Hammerstingl
Teilnahmebeitrag: € 75
Tagungsort: Frankfurt, Universitätsklinikum
 Hörsaal 23-4, Haus 23 A, 1. OG, Theodor-Stern-Kai 7
Auskunft und Anmeldung: CongO GmbH, Frau A. Jäger
 Jagdstr. 4a, 80639 München, Tel.: 089 12954440, Fax: 13936704
 E-Mail: tnoniejaeger@cong-o.de, www.cong-o.de

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Seminar zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB. **9 P**
 Erfahrungsaustausch und Wiederholungssseminar für Ärzte, die be-
 reits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern
 wollen.
Themen: (s. HÄBL 02/2009)
Samstag, 14. März 2009, 9 c. t. – 16 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim
Teilnahmebeitrag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
 Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de



21. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

Das Intensivmedizinische Einführungsseminar soll Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen der Weiterbildungsrotation auf der kardiologischen oder interdisziplinären Intensivstation eingesetzt werden, im Sinne einer Qualitätssicherung vorbereiten.

Die Inhalte des Seminars orientieren sich an den praktischen Bedürfnissen des Alltages der Intensivmedizin.

Montag, 23. – Freitag, 27. März 2009, jeweils 08:30 – 17:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 500

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum Seminarraum der Pneumologie, Haus 15B, 4. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Huber,

Tel.: 069 6301-6336, Fax: -6336

E-Mail: Helga.Huber@em.uni-frankfurt.de

Hanauer Intensivmedizinisches Symposium für Ärzte und Pflegepersonal

Das akute Lungenversagen

7 P

Themen: s. HÄBL 02/2009

Samstag, 28. März 2009

Leitung: PD Dr. J. Brederlau, Hanau

Teilnahmebeitrag: € 60 für Ärzte, € 30 für Pflegepersonal

Tagungsort: Hanau

Aula der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Götz, Fa. KONGKRET

Tel: 0931 2995263, E-Mail: office@kongkret.de

Repetitorium Innere Medizin 2009

Montag, 30. März – Samstag, 04. April 2009 (s. HÄBL 02/2009)

Programmübersicht:

Montag: Intern. Onkologie/Hämatologie

9 P

Pneumologie

Dienstag: Angiologie

9 P

Intern. Intensivmedizin

Mittwoch: Gastroenterologie

9 P

Kardiologie

Donnerstag: Kardiologie

9 P

Nephrologie

Freitag: Rheumatologie

9 P

Endokrinologie/Diabetologie

Samstag: Fallseminare

6 P

Leitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

Teilnahmebeitrag insg.: € 495 (Akademiestud. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)

Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiestud. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Transfusionsmedizin: Indikationen für Blutkomponenten und Gerinnungspräparaten

5 P

Auf Basis der neuen Leitlinien der BÄK

Samstag, 23. April 2009, 14:00 – 18:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiestud. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Wer macht was bei Rückenschmerz?

1. Veranstaltung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung mit dem Deutschen Verband für Physiotherapeuten.

Bei dieser Veranstaltung werden Ärzte und Physiotherapeuten abwechselnd u. a. zu den Themen HWS, LWS und BWS referieren.

Samstag, 04. April 2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Frankfurt a. M.

H.-Yvonne Massuger, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Das Gesundheitswesen in Deutschland, die ärztlichen Körperschaften, Weiter- und Fortbildung, Ärztliches Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht

Seminar für Ärzte, die ihr Staatsexamen nicht in der Bundesrepublik Deutschland gemacht haben.

Mittwoch, 13. Mai 2009, 09:00 c. t. – 17:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Dr. med. M. Popović, Frankfurt

Teilnahmebeitrag: € 120 (Akademiestud. € 108)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

1. Pädiatrisch-Kinderpsychiatrisches Forum – Tics, Zwänge, Epilepsie
Samstag, 16. Mai 2009

Leitung: Dr. med. D. Mallmann, Eltville

Prof. Dr. med. B. Neubauer, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiestud. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Weitere Termine 2009: 29. Aug., 28. Nov.

Repetitorium Allgemeinmedizin

Samstag/Sonntag, 06./07. Juni 2009, jeweils 09:00 – 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.,

Dr. med. H.-J. Wolfring, Seligenstadt

Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiestud. € 234)

Teilnehmerzahl: mind. 25 €,

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Fortbildung für Assistenten in Weiterbildung und für Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Stadienorientierte Therapie des Ovarialkarzinoms

10 P

Mittwoch, 17. Juni 2009, 09:00 – 16:00 Uhr



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V./DÄGfA bietet die Akademie den theoretischen Teil der Zusatzbezeichnung Akupunktur gemäß dem Curriculum der BÄK an.

I. Teil Theorie (120 Stunden) Frühjahr 2009

Freitag, 06. März – Sonntag, 08. März 2009	G4–G6
Freitag, 24. April – Sonntag, 26. April 2009	G7–G9
Samstag, 09. Mai – Sonntag, 10. Mai 2009	G10–G11
Samstag, 16. Mai 2009	G12

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 07. März 2009	G15	Sonntag, 08. März 2009	G16
Samstag, 25. April 2009	G17	Sonntag, 26. April 2009	G18
Samstag, 09. Mai 2009	G19	Sonntag, 10. Mai 2009	G20

(weitere Kurse folgen)

Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg

Teilnahmebeitrag: s. HÄBl 02/2009

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V.

Tel.: 089 71005-13 Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – G 20 – Lärm als Blended-Learning-Veranstaltung (Kombination aus e-learning und Präsenzlernen)

Telelernphase: 21. April – 12. Juni 2009 **insg. 30 P**

Präsenzphase: 13. Juni 2009, 13:00 – 17:00 Uhr

mit abschließender Lernerfolgskontrolle:

14. Juni 2009, 08:30 – 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim
R. Demare, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel. 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer) **insg. 100 P**

Teil IV: **06./07. März 2009**

Teil V: **20./21. März 2009**

Teil VI: Hospitation (20 Std.) **27./28. März. 2009 plus 1 Tag**

Klausur: **01. Apr. 2009**

Leitung: Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen

Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 1.250 (Akademiemitgl. € 1.125)

Tagungsorte: Teil I bis V Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Hospitation Frankfurt a. M. und Gießen, Universitätskliniken

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C2 25. April 2009 6 Std.

Psychosomatische Grundversorgung unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme des alten Menschen – verb. Interventionstechniken.

Kurs A 05./06. Juni 2009 20 Std.

Kurs B 11./12. Sept. 2009 20 Std.

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Kurs A wird anerkannt

Block 17 Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken

Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag: 4 Std. € 35, 6 Std. € 50, 8 Std. € 60,
12Std. € 95, 20 Std. € 155

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Aufbaukurs C1 **Samstag, 21. – Samstag, 28. März 2009** **60 P**

Grundkurs A2 **Samstag, 12. – Samstag, 19. Sept. 2009**

Aufbaukurs B2 **Samstag, 31. Okt. – Samstag, 07. Nov. 2009**

Aufbaukurs C2 **Samstag, 28. Nov. – Samstag, 05. Dez. 2009**

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Didaktik

Moderatorentaining

20 P

In Zusammenarbeit mit der Musterfeld-Akademie
Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken für Qualitätszirkel, incl. der Vermittlung von entsprechenden Methoden u. Techniken.

Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Tagungsort: Fulda

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: Freitag, 17. – Samstag, 18. April 2009

Modul II: Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009

Modul III: Freitag, 03. – Samstag, 04. Juli 2009

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 500 (Akademiemitgl. € 450)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de



EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Grundlagen der EKG-Auswertung, Reizleitungsstörungen, Infarkt-EKG, Belastungs-EKG, Notfall-EKG, praktische EKG-Auswertung **20 P**
Freitag, 08. Mai – Samstag, 09. Mai 2009, 09:00 – 17:00 Uhr
Leitung: PD Dr. med. G. Trieb, Darmstadt
Teilnahmebeitrag: € 290 (Akademiemitgl. € 261)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft: Frau U. Dauth, Akademie,
 Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Gesundheit & Kulturelle Vielfalt

Modul 1: Migration – Integration (16 UE)
Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009
Modul 2: Östliches Europa, Balkan und GUS (16 UE)
Freitag, 10. – Samstag, 11. Juli 2009
Leitung: Dr. med. U. Schreiber-Popović, Eppstein
Teilnahmebeitrag € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.) **16 P**
Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009
Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009
Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie
 In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

2009 in Rheinland-Pfalz:
Montag, 15. – Mittwoch, 17. Juni 2009 **8 P/Tag**
 (zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)
Teilnahmebeitrag: pro Tag € 140 ohne Verpflegung
Auskunft und Anmeldung: Frau A. von Loeben,
 Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,
 Tel.: 06131 82438-16, Fax: -10, E-Mail: vonLoeben@arztkolleg.de

Impfkurs

Samstag, 10. Oktober 2009 **11 P**
Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden
Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,
 Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Notfallmedizinisches Intensivtraining i. d. niedergel. Praxis
Samstag, 23. Mai 2009

Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 20. Juni 2009 **Wiesbaden**
Samstag, 31. Okt. 2009 **Kassel**

Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 21. Nov. – Dienstag, 24. Nov. 2009 **Kassel**

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
 Tel.: 06032 782-202, Fax: -229,
 E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“:

Kursteile A–D gem. den Richtlinien der BÄK (80 Std.) **80 P**

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg.

Freitag, 13. – Samstag, 21. März 2009

Freitag, 02. – Samstag, 10. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg,

Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495) **excl.** Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Frau Wessel,
 Zentrum für Notfallmedizin, Baldingerstraße, 35033 Marburg,
 Tel.: 06421 586-5980, Fax: -6996,
 E-Mail: sek1anae@med.uni-marburg.de

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Für Transplantationsbeauftragte und andere interessierte Ärzte/innen im Krankenhaus sowie Leitende Pflegekräfte.
 In Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Kommission „Transplantation und Organspende“ der Landesärztekammer Hessen.

Donnerstag, 28. – Freitag, 29. Mai (16 Std.)

Termine für das Kriseninterventionsseminar (8 Std.) werden im Rahmen der Veranstaltung bekannt gegeben. Die DSO unterstützt die Organisation des praktischen Teils (16 Std.).

Leitung: Prof. Dr. med. Bechstein, Frankfurt am Main

Tagungsort: Schloss Rauischholzhausen,

Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauischholzhausen

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Prüfartz in klinischen Studien

Freitag, 19. – Samstag, 20. Juni 2009

Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

voraus. Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Tagungsort: Bad Nauheim

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)
15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
Block III. 08. – 10. Mai 2009 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P
Weitere Termine 2009: 03. – 05. Juli, 04. – 06. Sept. und 20. – 22. Nov.
Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

 Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de
32. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2009
Theorie und Praxis: (s. HÄBL 02/2009)

Block 1: Freitag, 13. – Sonntag, 15. März 2009

Block 2: Freitag, 12. – Sonntag, 14. Juni 2009

Block 3: Freitag, 04. – Sonntag, 06. Sept. 2009

Block 4: Sonntag, 11. Okt. 2009

jeweils von 09:15 bis 19:00 Uhr

Leitung: Prof. h. c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Tagungsort und Anmeldung: Wiesbaden,

Internat. Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie

Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38–40

Tel. 0611 3411-675 und -674, Fax 0611 3411676

Palliativmedizin
Aufbaukurs Modul I 19. – 23. Mai 2009 40 P

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul II 08. – 12. Juli 2009 40 P

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III 09. – 13. Nov. 2009 40 P

€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs 01. – 05. Dez. 2009 40 P

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Basiskurs 11. – 15. März 2009 Wetzlar 40 P

– in Zusammenarbeit mit Lahn-Dill-Kreis

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

 Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de
Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)

 (Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer) **32 P**
Freitag, 04. – Samstag, 05. Sept. 2009 und
Freitag, 02. – Samstag, 03. Okt. 2009
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7,

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

 Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de
Ärztliches Qualitätsmanagement
Termine 2009:

 Block II **20. – 25. Apr. 2009** € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P**

 Block III **07. – 12. Sept. 2009** € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P**

 Block IV **16. – 21. Nov. 2009** € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P**
EFQM-Assessorentraining
Neue Termine in Planung!
Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

 Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de
Medizinische Rehabilitation 16-Stunden-Kurs nach der neuen Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)
Samstag, 21. März 2009, 09:00 – 17:00 Uhr 21 P
Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Tagungsort: Bad Nauheim, Rehazentrum der DRV-Bund,

Klinik Wetterau, Zanderstraße 30–32

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

 Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de
Sozialmedizin (insg. 320 Std.)
AK I Mittwoch, 25. März – 03. April 2009
AK II Mittwoch, 28. Okt. – 06. Nov. 2009
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

 Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de
Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz.

Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z. B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht.

Frühjahr 2009 Hessen:

 Kursteil 3 **13. – 14. März 2009 12 P**

Baustein III (Medikamente)/VI (illegale Drogen)

 Kursteil 4 **27. – 28. März 2009 14 P**

Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V

 Kursteil 2 **24. – 25. April 2009 14 P**

Baustein II Alkohol/Nikotin und Wahlthema

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)

Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie,

 Tel.: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de
Herbst 2009 Rheinland-Pfalz

Neue Termine in Planung!

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

 Tel.: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkolleg.de


Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 19. Juni und Samstag, 20. Juni 2009 insg. 16 P

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7,

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV

Aktualisierungskurse

Samstag, 14. Nov. 2009 9 P

€ 120 (Akademiemitgl. € 108)

Kenntniskurse (theoret. u. prakt. Unterw.)

Samstag, 26. Sept. 2009 13 P

Teilnehmerzahl: max. 36

€ 140 (Akademiemitgl. € 126)

Theoret. Unterw. € 100 (Akademiemitgl. € 90)

Prakt. Unterw. € 50 (Akademiemitgl. € 45)

Grundkurs* **Samstag, 14./Sonntag, 15. März 2009** 22 P

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Spezialkurs* **Samstag, 29./Sonntag, 30. Aug. 2009**

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Spezialkurs -CT- **Samstag, 27. Juni 2009, vormittags**

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

Spezialkurs Interventionsradiologie

Samstag, 27. Juni 2009, nachmittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

* + 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche f. Praktikum u.

Prüfung im Uni-Klinikum Gießen

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Umweltmedizin

Neue Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Block A **07./08. März 2009** 20 Punkte

(Themen s. HÄBL 02/2009)

Leitung: Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. H.-D. Basler, Marburg

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Dr. med. K. Böhme, Kassel

Block D **09./10. Mai 2009** 20 Punkte

(Themen s. HÄBL 02/2009)

Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Frankfurt am Main

Block C **19./20. Sept. 2009** 20 Punkte

(Themen s. HÄBL 02/2009)

Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden

Block B **31.Okt./01. Nov. 2009** 20 Punkte

(Themen s. HÄBL 02/2009)

Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel

Teilnahmebeitrag pro Teil: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Stelzel

Aufbaukurs 40 P

Samstag, 21. und Sonntag, 29. März 2009 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 230 (Akademiemitgl. € 207)

Gefäße

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Interdisziplinärer Grundkurs 29 P

Aufbaukurs (Periphere Gefäße) 25 P

Donnerstag, 18. – Freitag, 19. Juni 2009 (Theorie)

Samstag, 20. Juni 2009 (Praktikum)

€ 350 (Akademiemitgl. € 315)

Abschlusskurs (Periphere Gefäße) 20 P

Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009 (Theorie + Praktikum)

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

Tel.: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Die Akademie muss sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Anmeldung: Bitte melden Sie sich unbedingt schriftlich in der Akademie an. Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z.B. wegen Überbelegung schicken. Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Teilnahmevoraussetzungen! Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, finden Sie die Information darüber auf der Homepage der Kammer. Diejenigen, die sich mit Adresse bei uns angemeldet haben, benachrichtigen wir persönlich.

Teilnahmebeitrag für Seminare sofern nicht anders angegeben: € 50/halber Tag, € 90/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie, Akademie-Mitglieder kostenfrei (inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung).

Mitgliedschaft: Es besteht die Möglichkeit, am Tagungsbüro die Akademie-Mitgliedschaft zu erwerben. Dann gilt der reduzierte Teilnahmebeitrag.

Ausnahme: Kurse und Veranstaltungen, für die der Teilnahmebeitrag vorher entrichtet werden muss; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung

beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmebeiträge. Der Jahresbeitrag für die Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 90 und € 45 für Ärzte in Weiterbildung.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun den Referenten und Teilnehmern Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Information wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redzić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail mirjana.redzic@laekh.de

Fortbildungszertifikat: Die angegebenen Punkte P gelten für den Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Akademie der LÄK Hessen (250 P in 5 Jahren), sowie für die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungspflicht. Den Antrag stellen Sie bitte an die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Frau Turano, Fax: 06032 782-220.

Das Ausstellen von Fortbildungszertifikaten dauert in der Regel 6–8 Wochen. Wir bitten um Ihr Verständnis.





Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung (PVK 1-3)

Inhalte: Formularwesen, vertragliche Abrechnung und Privatliquidation (EBM und GOÄ), praktische Übungen zur Abschlussprüfung

Termin: Samstag, 18.4.2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 4)

Inhalte: Laborkunde: Analysen Teststreifen Urin und Blutzucker, Analysen BSG, Analysen Occultes Blut, Hygienestandards, Qualitätssicherung (z. B. Blutzucker), Dokumentation

Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung

EKG: Praktische Übungen

Termin: Samstag, 28.3.2009, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 2)

Inhalte: Vorbereitung in der Prüfungssituation: Lösung der Prüfungsaufgabe und Vorbereitung der Präsentation, exemplarische Simulation der Prüfungssituation – Übungen im Rollenspiel, praktische Übungen

Termine: jeweils von 9:30 – 17:30 Uhr (9 Stunden)

Montag, 18.5.2009

Dienstag, 19.5.2009

Mittwoch, 20.5.2009

Freitag, 22.5.2009

Samstag, 23.5.2009

Freitag, 12.6.2009

Samstag, 13.6.2009

Teilnahmegebühr: € 95

Ansprechpartner: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 7)

Inhalte: Techniken der Kommunikation anwenden, Gesprächsführung insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen beherrschen, Telefonkommunikation durchführen, Konfliktlösungsstrategien einsetzen, sich mit der Berufsrolle auseinandersetzen

Termin: Freitag, 24.4.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 11)

Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Motivation und Bedürfnisse einschätzen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen

Termin: Samstag, 25.4.2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 2)

Inhalte: Teamarbeit fördern, „Eigenes“ Rollenverständnis im Praxisteam beobachten und analysieren, Beschwerde- und Konfliktmanagement anwenden und analysieren, Lösungsstrategien anwenden

Termin: Freitag, 8.5.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Moderation (PAT 8)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik

Termin: Samstag, 9.5.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Schwerpunkt Medizin

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (MED 10)

Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte

Inhalte: Mikrobiologie und Grundlagen der Epidemiologie, Infektionsprophylaktische Maßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals, Fehlerquellen und Probleme, Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Qualitätsmanagement, rechtliche Aspekte

Termin:

24.4.2009 – 25.4.2009 und 14.5.2009 – 16.5.2009

(30 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 410

Ansprechpartner: Monika Kinscher,

Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Stunden)

Primäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 2)

Inhalte: einschlägige Begriffe erläutern, Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kindern und Jugendlichen unterscheiden, präventive Maßnahmen durchführen

Termin: 26. – 28.3.2009 (26 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 350

Sekundäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3)

Inhalte: Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen erläutern, bei präventiven Maßnahmen mitwirken.

Termin: 24.4.2009, 13:00 – 16:45 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 70

Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement im Bereich Prävention bei Kindern und Jugendlichen (PRK 4/5)

Inhalte: Organisation und Qualitätsmanagement von Patienten- und Elternschulungen durchführen, Kooperation im Team und mit externen Partnern gestalten, Soziale Netzwerke nutzen, Präventionsnetzwerk nutzen, Kinder- und Jugendrechte kennen, Recall-System anwenden, Igel-Leistungen erläutern, Organisation/Dokumentation/Abrechnung durchführen, Wiedereingliederungsmaßnahmen beschreiben, Rehabilitationsträger benennen, bei Disease-Management-Programmen mitwirken

Termin: 25.4.2009, 08:30 – 16:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Elvira Keller Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Betriebsmedizinische Assistenz

Auge-Optik und Lungenfunktion (BET 2)

Inhalte: Berufsgenossenschaftliche Rechtsvorschriften anwenden, staatliche Rechtsvorschriften kennen, Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anwenden, Möglichkeiten der Abrechnung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführen, diagnostische Verfahren durchführen, Anatomie und Physiologie des Auges kennen, Anatomie und Physiologie der Atmung kennen, Praktische Übungen: Durchführung von Sehtests und Übungen am Perimeter, Durchführung von Lungenfunktionstests, Anleitung und Kommunikation mit den Probanden, Vermeidung von Fehlerquellen, Dokumentation

Termin: Freitag, 5.6.2009, 14:00 Uhr bis Samstag, 6.6.2009, 13:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 150

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180





Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

Therapiemaßnahmen in der Onkologie (ONK 1)

Inhalte: Tumorzellenentwicklung und Tumorbiologie, Behandlungsmethoden, Umgang mit Zytostatika, Notfallsituationen, Maßnahmen der Stammzellentransplantation, Maßnahmen der Transfusion von Blut und Blutkomponenten, Systematik maligner Tumore und hämatologische Systemerkrankungen, Komplikationen

Termin: Donnerstag, 23.4.2009, 13:30 Uhr bis Samstag, 25.4.2009, 14:30 Uhr (18 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Dokumentation von Patientenakten, Studententeilnahme und Recht (ONK 2)

Inhalte: Therapiekontrolle im eigenen Aufgabenbereich dokumentieren, klinische Forschung kennen, rechtliche Grundlagen beachten

Termin: 16.5.2009, 09:00 – 15:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Therapeutische und pflegerische Grundlagen in der ambulanten Versorgung (PAL 2)

Inhalte: Kontrolle pflegerischer Maßnahmen von Patienten und Angehörigen erklären, medizinische Versorgungsmaßnahmen durchführen, Symptome im Praefinal- und Finalstadium kennen und beobachten

Termin: Donnerstag/Freitag, 07./8.5.2009 (15 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Sterben, Trauer, Pietät (PAL 3)

Inhalte: Sterben und Tod emotional bewältigen, Todeszeichen kennen, Pietät im Umgang mit Sterbenden, Verstorbenen und Angehörigen anwenden, Traueraspekte situativ erklären und bewältigen, spirituelle Aspekte kennen

Termin: Samstag, 9.5.2009, 9:00 – 16:30 Uhr (8 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Ansprechpartnerin: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Klinikassistent (120 Stunden)

Inhalte: DRG Kodierung, Grundlagen krankenhauserrelevanter Gesetzgebung, Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus, Dokumentation und Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum

Termin: auf Anfrage

Teilnahmebeitrag: € 1.190 inkl. Kolloquium

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Fortbildung auf den Kasseler Gesundheitstagen

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)

Inhalte: Altersmedizinische Grundlagen kennen, demenzielles Syndrom beschreiben, Diabetes mit Folgekrankheiten erläutern, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko beschreiben, Dekubitusrisiko einschätzen, Schwerstkranke und Palliativpatienten begleiten

Termin: Freitag, 17.4.2009, 13:00 – 18:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen beachten, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen
Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten

Termin: Samstag, 18.4.2009, 9:00 – 13:15 Uhr oder 14:00 – 17:15 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Veranstaltungsort: Kongress Palais Kassel, Stadthalle

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180



Das ausführliche Programm 2009 finden Sie auf unserer Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Gerne schicken wir Ihnen unser Programm auch per Post, rufen Sie uns an: 06032 782-0 oder schicken uns eine E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.
Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180
Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5, statt.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an:
Frau Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Teilnahmebescheinigung: am Ende einer Veranstaltung erhalten die Teilnehmer/innen eine Teilnahmebescheinigung. Nach erfolgreicher Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen/Qualifizierungslehrgängen mit einem Stundenumfang ab 40 Stunden erhalten die Teilnehmer/innen ein Zertifikat. Nach Abschluss eines Qualifizierungslehrgangs, der einen Stundenumfang von mindestens 280 Stunden umfasst, erhalten die Teilnehmer/innen eine Urkunde.



Fortsetzung von Seite 184

Therapie jedes Patienten individuell ausgerichtet sein muss. Zitat: „Dabei steht der Arzt zuerst im Dienst des konkreten Patienten und dessen Not und darf sich aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nicht über anerkanntes Fachwissen und feste Standards der Medizin zum Nachteil des Patienten hinwegsetzen“.

Fazit

- Unter Berücksichtigung der teils ungünstigen pharmakologischen Eigenschaften von Morphin und der zusätzlichen Kosten der Behandlung der durch Morphin hervorgerufenen Nebenwirkungen ist kein therapeutischer oder wirtschaftlicher Vorteil von Morphin gegenüber modernen Opioiden zu erkennen.

- Die Kombination aus retardiertem Oxycodon und dem retardierten Naloxon ist analgetisch ebenso wirksam wie das Opioid allein. Sie reduziert kausal die Opioid-induzierte Obstipation, wodurch der Einsatz von Laxanzien deutlich vermindert wird, ebenso wie die damit verbundenen Kosten.
- Die zusätzliche Therapie von Nebenwirkungen, Multimedikation, Opioidwechsel oder Neueinstellung bei Unverträglichkeit oder mangelnder Wirksamkeit schaden nicht nur dem Patienten, sondern erhöhen auch die Kosten einer Therapie erheblich.

Abkürzungen

ATC	<i>anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem</i>
BFI	<i>Bowel Function Index</i>

BTM	<i>Betäubungsmittel</i>
DDD	<i>Defined Daily Dose</i>
IMS-Health	<i>Institute for medical statistics</i>
INCB	<i>International Narcotics Control Board</i>
M3G	<i>Morphin-3-Glucuronid</i>
M6G	<i>Morphin-6-Glucuronid</i>

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter „Hessisches Ärzteblatt“

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Gerd Mikus
 Facharzt für Klinische Pharmakologie
 Diplom-Physiker
 Oberarzt, Leiter des Klinisch-Pharmakologischen Studienzentrums
 Im Neuenheimer Feld 410
 69120 Heidelberg
 E-Mail: gerd.mikus@med.uni-heidelberg.de

Innovationspreis Deutsche Hochschulmedizin 2009

Bewerbungsfrist: 31. März 2009

Mit der Vergabe des Innovationspreises möchte der V. Innovationskongress der deutschen Hochschulmedizin (2./3. Juli 2009 in Berlin) Wissenschaftler fördern und in ihrer Arbeit unterstützen. Damit soll die Bedeutung der Wissenschaft und Hochschulmedizin für den Standort Deutschland gestärkt werden.

Mit diesem Forschungspreis sollen wissenschaftliche Arbeiten und Projekte aus der gesamten Hochschulmedizin in Grundlagenforschung, Klinischer Forschung und Innovationsforschung mit klinischer Relevanz ausgezeichnet und gefördert werden. Der Preis ist teilbar.

Die eingesandten Arbeiten werden zur Begutachtung einem Preisrichterkollegium vorgelegt, das die besten Arbeiten auswählt. Danach entscheidet der Beirat des IV. Innovationskongresses über die Preisvergabe.

Der Innovationspreis 2009 ist mit einer Preissumme von 10.000 Euro dotiert und wird im Rahmen des V. Innovationskongresses der deutschen Hochschulmedizin am 2. Juli 2009 in Berlin verliehen.

Ausschreibung:

1. Bewerbungsende ist der 31. März 2009. Eingereichte Projekte sollen das Format eines kurzen DFG-Sachbeihilfeantrages aufweisen und folgende Unterlagen enthalten: a) Manuskript oder Projektplan, b) Zusammenfassung in deutscher Sprache, c) bei mehreren Autoren schriftliches Einverständnis aller Autoren für die Bewerbung, d) Versicherung, dass

die Arbeit/das Projekt nicht zu einer anderen Ausschreibung eingereicht ist oder vorgesehen ist, e) Lebenslauf mit Foto, f) fünf bis zehn wichtige Publikationen.

2. Jeder Autor darf für einen Ausschreibungszeitraum nur eine Arbeit einreichen.

3. Die Entscheidung des Beirates auf Basis der Empfehlung des Preisrichterkollegiums ist endgültig und erfolgt unter Ausschluss des Rechtsweges.

4. Die Arbeiten sind elektronisch unter dem Stichwort „Innovationspreis der deutschen Hochschulmedizin 2009“ unter folgender Adresse einzureichen:

Beirat des V. Innovationskongresses der Hochschulmedizin
 z. Hd. Frau Julia Oesterle
 Rochus Fisches GmbH
 Pariser Ring 37
 76532 Baden-Baden
fisches@rochusfisches.de

Telef. Auskunft unter 07221 99660-35 (Julia Oesterle)

Der Eingang der Bewerbung wird innerhalb von einer Woche bestätigt.

5. Der Preisträger muss den Preis persönlich während des V. Innovationskongresses in Berlin entgegennehmen.

Schmerztherapie

Ist Morphin anderen Opioiden noch ebenbürtig?

(Hessisches Ärzteblatt 3/2009, Seite 180)

Literatur

- Ashby M, Fleming B, Wood M, Somogyi A. Plasma morphine and glucuronide (M₃G and M₆G) concentrations in hospice inpatients *J Pain Symptom Manage* 1997;14: 157–167
- Berger A, Hoffman DL, Goodman S, Delea TA, Seifeldin R, Oster G. Therapy switching in patients receiving long-acting opioids. *Ann Pharmacother* 2004;38:389–395
- Bruera E, Belzile M, Pituskin E, Fainsinger R, Darke A, Harsanyi Z, Babul N, Ford I. Randomized, double-blind, cross-over trial comparing safety and efficacy of oral controlled-release oxycodone with controlled-release morphine in patients with cancer pain. *J Clin Oncol* 1998;16 (10):3222–3229
- Bundesverfassungsgericht. Urteil 46, 160
- Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. In: Goodman & Gilman's (eds.): *The pharmacological basis of therapeutics*. New York, McGraw-Hill Medical Publishing Division 2006; S. 1–2021
- Christrup LL. Morphinemetabolites. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;41:116–122
- Dean M. Opioids in Renal Failure and Dialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004;28:497–504
- Dubs A, Wiedemeier P, Caduff B. Morphin-Intoxikation bei chronischer Niereninsuffizienz. Morphin-6-Glucuronid als pharmakologisch aktiver Morphin-Metabolit. *Dtsch Med Wschr* 1999;124:896–898
- Emrich O, Kässner-Sohn M. Retardiertes Oxycodone/Naloxon – Daten zur Wirksamkeit, Obstipation und Lebensqualität. *Schmerz* 2007;21:123 P4.1
- Freye E. Opiode in der Medizin, 7. Auflage 2008, S. 139 ff.
- Freye E, Latasch L. Toleranzentwicklung unter Opioidgabe – Molekulare Mechanismen und klinische Bedeutung. *Anästhesiol Intensivmed Schmerzther* 2003; 38:14–26
- Freye E. Opiode in der Medizin. 7. Auflage 2008, S. 357 ff
- Fricke U, Zawinell A. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. *Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. ATC-Index mit DDD-Angaben des GKV-Arzneimittelindex mit Stand 30. April 2007*. Bonn 2007
- García del Pozo J, Carvajal A, Vilorio JM, Velasco A, García del Pozo V. Trends in the consumption of opioid analgesics in Spain. Higher increases as fentanyl replaces morphine. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64:411–415
- Gemeinsames Positionspapier der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS), der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS), dem Deutschen Hausärzterverband und dem Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland (BVSD). Oktober 2007
- Hale ME, Fleischmann R, Salzman R, Wild J, Iwan T, Swanton RE, Kaiko RF, Lacouture PG. Efficacy and safety of controlled-release versus immediate-release oxycodone: randomized, double-blind evaluation in patients with chronic back pain. *Clin J Pain* 1999;15:179–83
- Heiskanen T, Kalso E. Controlled-release oxycodone and morphine in cancer related pain. *Pain* 1997;73:37–45
- Hopp M, Leyendecker P, Bosse B, Ruckes C, Grothe B, Reimer K. Schmerztherapie mit der Fixkombination aus retardiertem Oxycodone und retardiertem Naloxon reduziert die opioid-induzierte Obstipation – Ergebnisse einer klinischen Studie. *Schmerz* 2007; 21:123, P12.5
- International Narcotics Control Board. Consumption of the principal narcotic drugs. 2005; Verbrauch für 2004, *incb2004\st* 2.5.2006
- Junker U, Freyhagen R. Tumorschmerzen: Hochdifferenzierte Opioidtherapie. *Dt Ärztebl* 2008;105 (8):384–388
- Kaiko RF. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of controlled release oxycodone. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;41:166–174
- Kalso E, Pöyhä R, Onnela PL, Linko K, Tiggerstedt I, Tammisto T. Intravenous morphine and Oxycodone for pain after abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1991;35 (7):642–646
- Kalso E. Oxycodone – Proceedings of the symposium „Updates of the clinical pharmacology of opioids with special attention to long-acting drugs“. *J Pain Symptom Manage* 2005;29:47–56
- Kampe S, Warm M, Kaufmann J, Hundegger S, Mellinghoff H, Kiencke P. Clinical efficacy of controlled release oxycodone 20 mg administered on a 12-h dosing schedule on the management of postoperative pain after breast surgery for cancer. *Curr Med Res Opin* 2004;20 (2):199–202
- Kaplan R, Parris WC, Citron ML, Zhukovsky D, Reder RF, Buckley BJ, Kaiko RF. Comparison of controlled-release and immediate-release oxycodone tablets in patients with cancer pain. *J Clin Oncol* 1998;16:3230–7
- Kaufmann J, Yesiloglu S, Patermann B, Krombach J, Kiencke P, Kampe S. Controlled-release oxycodone is better tolerated than intravenous tramadol/metamizol for postoperative analgesia after retinal-surgery. *Curr Eye Res* 2004;28 (4):271–275
- Kojda G. Ein neuer Opiatrezeptorblocker mit selektiver Wirkung auf den Darm. *Apothekenmagazin* 2001;19:4–5
- Kojda G. Allgemeine und klinische Pharmakologie häufig verwendeter oral verfügbarer Opiode. Profile – zertifizierte Fortbildung. Dezember 2006:1–24
- Kojda G. Aut-Idem bei BTM – Keine Bedenken? Fortbildungstelegramm Pharmazie 2008;2:19–29
- Lalovic B, Kharasch E., Hoffer Ch, Risler L., Liu-Chen L-Y, Shen DD. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of oral oxycodone in healthy human subjects: Rolle of circulating active metabolites. *Clin Pharmacol Ther* 2006;79(5):461–479
- Lötsch J, Geisslinger G: Morphine-6-Glucuronide. An Analgesic of the Future? *Clin Pharmacokinet* 2001; 40: 485–499
- Meissner W, Leyendecker P, Mueller-Lissner S, Nadstawek J, Hopp M, Ruckes C et al. A randomized controlled trial with prolonged-release oral oxycodone and naloxone to prevent and reverse opioid-induced constipation. *Eur J Pain* 2008 (eingereicht)
- Mercadante S, Acuri E. Opioids and renal function. *J. Pain* 2004;5:2–19
- Mucci-LoRusso P, Berman BS, Silberstein PT, Citron ML, Bressler L, Weinstein SM, et al. Controlled-release oxycodone compared with controlled-release morphine in the treatment of cancer pain: a randomized, double-blind, parallel-group study. *Eur J Pain* 1998;2:239–249
- Müller. Aqua-Institut: *Analgetika/Antirheumatika – Hintergrundinformationen*. (Hessen 6), Kapitel 6:1–21 (2007)
- Müller-Lissner S, Hopp M, Leyendecker P, Ruckes C, Reimer K. Oral prolonged release Oxycodone/Naloxone combination reduces opioid-induced bowel dysfunction in chronic pain. *Pain Practice* 2007;7:P1134
- Nadstawek J, Leyendecker P, Hopp M, Ruckes C, Wirz S, Fleischer W, Reimer K. Patient assessment of a novel therapeutic approach for the treatment of severe, chronic pain. *Int J Clin Pract* 2008;62:1159–1167.
- Osborne RJ, Joel SP, Slevin ML. Morphine intoxication in renal failure: the role of morphine-6-glucuronide. *Br Med J* 1986; 292:1548–9.
- Pauli-Magnus C, Hofmann U, Mikus G, Kuhlmann U, Mettang T. Pharmacokinetics of morphine and its glucuronides following intravenous administration of morphine in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14: 903–909
- Pöyhä R, Kalso E, Seppälä T. Pharmacodynamic interactions of oxycodone and amitriptyline in healthy volunteers. *Curr Ther Res* 1992a;51,5:739–749
- Pöyhä R, Seppälä T, Olkkola KT, Kalso E. Pharmacokinetics and metabolism of oxycodone after intramuscular and oral administration to healthy subjects. *Br J Clin Pharmacol* 1992b; 33 (6): 617–621

42. Riley J, Ross J, Rutter D, Wells AU, Goller K, du Bois R, Welsh K. No pain relief from morphine? Individual variation in sensitivity to morphine and the need to switch to an alternative opioid in cancer patients. *Support Care Cancer* 2006;14: 56–64
43. Sacerdote P, Manfredi B, Mantegazza P, Panerai AE. Antinociceptive and immunosuppressive effects of opiate drugs: a structure-related activity study. *Br J Pharmacol* 1997;121: 834–840
44. Sjogren P, Thunedborg LP, Christrup L, Hansen SH, Franks J. Is development of hyperalgesia, allodynia and myoclonus related to morphine metabolism during long-term administration? Six case histories. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998;42:1070–1075
45. Vondrackova D, Leyendecker P, Meissner W, Hopp M, Szombati I, Kai Hermanns, Ruckes C, Weber S, Grothe B, Fleischer W, Reimer K. Analgesic Efficacy and Safety of Oxycodone in Combination with Naloxone as Prolonged Release Tablets in Patients with Moderate to Severe Chronic Pain. *Online Publication J Pain* 2008
46. Wagner, T.: Wirtschaftliche Aspekte der Opioidtherapie. Kostenkontrolle mittels DDD? *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2007; 5:386–389
47. Wirz S, Wartenberg HC, Nadstawek J. Oral application of oxycodone versus tramadole for postoperative pain therapy: nausea, emesis and the use of antiemetics. A prospective, randomised, double-blind study. *Eur J Anaesthesiol* 2002;183:Abstract A-700
48. WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology: The ATC/DDD system. www.whooc.no, 28. 1. 2007
49. Zheng M, McErlane KM, Ong MC. Hydromorphone metabolites: isolation and identification from pooled urine samples of a cancer patient *Xenobiotica* 2002;32:427–439

Geschichte einer wissenschaftlichen Publikation – nur noch englische Zitate erwünscht

B. Lemmer¹, M. Middeke²

Dies ist eine wahre Geschichte über den Verlauf einer wissenschaftlichen Publikation in einer internationalen, englischsprachigen Fachzeitschrift. Der Beitrag beleuchtet die Entwicklungen im Hinblick auf die „Wissenschaftssprache Englisch“.

Unser Manuskript wurde bei dem Journal NN eingereicht, von Gutachtern kritisch geprüft und nach kleineren Änderungen zur Publikation angenommen. Anschließend erhielten wir vom Herausgeber zusätzliche Hinweise zur formalen Abfassung der Publikation: Wir hatten im Literaturverzeichnis die Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga zur Messung des Blutdrucks (Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der arteriellen Hypertonie. Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®–Deutsche Hypertonie Gesellschaft, 2005, <http://www.parietaet.org/rr-liga/Hypertonie-Leitlinien05.pdf>) als Quelle aufgeführt. Der Herausgeber wies uns nun darauf hin, dass nur Literaturzitate akzeptiert werden könnten, die in einer englischsprachigen Zeitschrift veröffentlicht worden seien („**References are permitted only from journals publishing fully in the English language**“). Da wir auf der Literaturstelle bestanden, erhielten wir die Antwort, dass das Manuskript in diesem Fall vom Verlag zurückgezogen werden müsste („**As you have insisted in not adhering to instructions ... I have had no option than to withdraw your manuscript from the system. I hope you find another journal which accepts references in a non-English language**“). Da wir – so unsere Antwort – in der Vergangenheit in zahlreichen englischsprachigen, englischen und amerikanischen Zeitschriften – einschließlich des in Rede stehendes Journals – ohne Schwierigkeiten mit „deutschen Zitaten“ publiziert hätten, bäten wir um Entscheidung des Hauptherausgebers der Zeitschrift. So seien wohl auch grundlegende Arbeiten in nicht-englischer Sprache heute nicht mehr

„zitationsfähig“, z.B. die von Riva-Rocci S. Un nuovo sfigmomanometro. Gazz Med di Torino 1896; 47: 981–996, in der die Verwendung des Sphygmomanometers in die Blutdruckmessung begründet wurde.

Es folgte die nächste Stufe: Erneut wurde betont, dass der Herausgeber nur eine Sprache akzeptieren könne, die überall in der Welt von Wissenschaftlern verstanden wird („**The whole point is that if you want to talk to someone, you have to do it in a language that is understood. It is globally accepted that all publishing scientists are expected to be able to understand English. I fully accept that excellent work is published in German and Chinese, but I and 99 % of the reader of Nature publications can not read these and so we cannot confirm whatever the authors claim by citing the reference. The same is true of many non-English journals who publish an English abstract but whose text is not English**“). Dann der phantastische Hinweis, wie der Beitrag vielleicht doch noch akzeptiert werden könnte: indem wir nur die Deutsche Hochdruckliga erwähnen, ohne sie zu zitieren („**Maybe you could simply state in your text about the German Hypertension League, and not give it a reference**“).

Schließlich folgte die Empfehlung, dass wir doch einfach die englischen Richtlinien zitieren sollten (J Hum Hypertens 1999 Sep;13(9):569–92. Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society. Ramsay L, Williams B, Johnston G, MacGregor G, Poston L, Potter J, Poulter N, Russell G. Cardiovascular Research Institute, University of Leicester, Sir Robert Kilpatrick Building, Leicester Royal Infirmary, UK), falls sie mit den deutschen Richtlinien übereinstimmen würden („**If the guidelines of the German Hypertension Society are exactly the same as the European, British or American Societies, then simply cite them instead. Is this possible? I hope so. Our own British society guidelines were published in this very journal ...**“).

Nach vielen Diskussionen stimmten wir schließlich zu, die Deutsche Hochdruckliga in unserem Beitrag zu erwähnen, ohne die

Quelle zu zitieren, da ja auch das Gutachterverfahren der Zeitschrift der Publikation unserer Ergebnisse zugestimmt hatte. Der Beitrag ist inzwischen in dem „englischen“ wissenschaftlichen Journal veröffentlicht worden. Angemerkt sei, dass die deutsche Verlagsgruppe Holtzbrinck Inhaber der Nature-Group ist, zu der das Journal gehört.

Kommentar

Dass die Ergebnisse nicht-englischsprachiger Studien international nicht ausreichend zur Kenntnis genommen werden, ist bekannt (DMW 2008; 133: 230–234). Das dargestellte Beispiel verdeutlicht, wie die Politik der Herausgeber internationaler Fachzeitschriften aktiv zum Phänomen des Sprach-Bias beiträgt. In der DMW sind wir der Auffassung, dass bei einer Quellenangabe nicht die Sprache, sondern die inhaltliche Bedeutung Vorrang besitzt – und so werden wir dies auch in Zukunft handhaben.

DMW Redaktion

Korrespondenzadresse

Professor. Dr. med. Dr. h. c. Björn Lemmer
Institut für Experimentelle und Klinische
Pharmakologie
und Toxikologie Medizinische Fakultät
Mannheim
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Maybachstraße 14
68169 Mannheim
Tel. 0621 3839704
Fax 0621 3839711
E-Mail bjoern.lemmer@pharmtox.uni-heidelberg.de

Quelle: B. Lemmer, M. Middeke; Geschichte einer wissenschaftlichen Publikation – nur noch englische Zitate erwünscht; DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift, 2008, 133:1; Abdruck mit Genehmigung von Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

1 Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

2 Blutdruckinstitut und Hypertoniezentrum München

Epidemiologie/Chronische Atemwegserkrankung

Ein Krankheitsbild mit hohen sozialen Kosten *Harald Clade*

Erkrankungen der Atmungsorgane, insbesondere Asthma und die chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD), gehören nicht nur in Deutschland, sondern in allen Industriegesellschaften zu den häufigsten Krankheiten. In der Statistik der Todesursachen stehen sie an dritter Stelle – hinter Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen. Das Krankheitsbild verursacht hohe soziale Kosten und beansprucht die Versorgungskapazitäten des Gesundheitssicherungssystems in exponentiell steigendem Maß.

Nach Angaben der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V., Mainz, und nach empirischen Studien von wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist davon auszugehen, dass zurzeit 15 bis 20 Prozent aller Bundesbürger an einer Erkrankung des Bronchialsystems und der Lunge leiden. Hierzu zählt in erster Linie das Krankheitsbild der chronisch-obstruktiven Bronchitis mit einem Lungenemphysem, aber auch die Krankheitsausprägung ohne Lungenemphysem als chronisch-obstruktive Lungenerkrankung: Chronic obstructive pulmonary disease.

Inzwischen haben die Krankenkassen, ausgehend von Modellversuchen in Baden-Württemberg, das Krankheitsbild der chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) in ein gefördertes Netzwerk von sich ergän-

zenden Behandlungsmaßnahmen einbezogen. Es hat sich gezeigt, dass es bei einem großen Teil der Bronchitiker nach einigen Jahren zu einer Engstellung der Atemwege kommt, also zu einer Obstruktion, die zu einer ständig zunehmenden, sich chronifizierenden Atemnot führt. Diese äußert sich zunächst nur bei starker körperlicher Belastung, im späteren Verlauf aber auch schon bei leichter körperlicher Anstrengung. Die oftmals unzureichend behandelte chronisch-obstruktive Bronchitis entwickelt sich sehr oft weiter zu einem Lungenemphysem. Auslöser von COPD und Asthma sind in erster Linie Umweltbelastungen, aber auch starkes, suchthaftes Rauchen und eine außerordentliche Exposition der Lungen- und Atemwegsfunktionen. Bereits jede zehnte Frau, die suchartig Nikotin inhaliert und älter als 40 Jahre ist, ist von einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung betroffen; bei Männern ist es jeder zehnte bis 13. Raucher. Aber auch Kinder und Jugendliche leiden zu acht bis zehn Prozent bereits an einem überempfindlichen, im Frühstadium bereits behandlungsbedürftigen Bronchialsystem. Bei einer Nichtbehandlung kann sich ein manifestes Asthma entwickeln. Experten rechnen damit, dass bis zum Jahr 2010 die Häufigkeit von Atemwegserkrankungen um 25 Prozent zunehmen wird.

Hohe Behandlungskosten

COPD ist die teuerste Lungenerkrankung in Deutschland. Geht man davon aus,

dass eine Krankheitsrate von 3,3 Prozent besteht, dann belaufen sich die jährlichen Gesamtkosten auf etwa 8,2 Milliarden Euro. Bei einer Prävalenz von fünf Prozent wären dies 12,4 Milliarden Euro. Die durchschnittlichen Kosten pro Jahr und Patient betragen rund 3.000 Euro. Die Kosten äußern sich in vermehrten Ausgaben der Sozialleistungsträger, insbesondere der gesetzlichen und privaten Kranken- und Rentenversicherung. Die Therapie von chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen basiert auf vier Therapie-Regimes:

- Prävention und Krankheitsfrüherkennung: Rauchentwöhnung, Schutzimpfungen gegen Grippe und Pneumokokken;
- medikamentöse Behandlung: Medikamente, die die Bronchien erweitern, schleimlösende Medikamente und Inhalationen;
- nicht medikamentöse Behandlung: körperliches Training, insbesondere Teilnahme an so genannten Lungensportgruppen und Selbsthilfegruppen; Physiotherapie, Ernährungsberatung, Patientenschulung;
- apparative/operative Behandlung: Langzeit-Sauerstofftherapie, nicht-invasive Beatmung, Emphysemchirurgie und Lungentransplantation.

Anschrift des Verfassers

*Dr. rer. pol. Harald Clade
Kreuzstraße 56
50226 Frechen*

Landesärztekammer Hessen fragt: Wie gut ist die Qualität ärztlicher Weiterbildung?

Bundesweites Evaluationsprojekt startet im April

Die Kritik an der Qualität ärztlicher Weiterbildung ist unüberhörbar. Hierarchische Verhältnisse, unzureichende Anleitung und Arbeitsüberlastung scheinen vielen Assistenzärztinnen und -ärzten die Freude am Einstieg ins Berufsleben zu verleiden. Die Folge sind Unzufriedenheit und Resignation. Immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte planen aus der Patientenversorgung auszusteigen oder im Ausland zu arbeiten. Doch liegt dieser Trend tatsächlich an der Situation der Weiterbildung? Ist deren Qualität wirklich so schlecht, wie immer wieder kritisiert wird? Oder sind primär politisch verursachte Rahmenbedingungen für die Unzufriedenheit verantwortlich?

Um diesen Fragen auf den Grund zu gehen, starten die Landesärztekammer Hessen und fünfzehn weitere Ärztekammern im Frühjahr 2009 das bundeseinheitliche Umfrage-Projekt „Evaluation ärztlicher Weiterbildung“, das eine Bewertung der Weiterbildungssituation in Deutschland ermöglichen soll. Ziel der Umfrage ist es, Mängel aufzudecken, damit mittel- und langfristige Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen von Assistenzärztinnen und -ärzten eingeleitet werden können. Die Evaluation des Projektes wird von Wissenschaftlern der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETHZ) durchgeführt und ausgewertet. Die Bundesärztekammer hatte sich für das Angebot der ETH Zürich entschieden, da die Schweiz über eine zwölfjährige

Erfahrung mit der Evaluation ärztlicher Weiterbildung verfügt.

Im April geht es los: Alle zur Facharzt-Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern, Praxen etc. erhalten von der Landesärztekammer ein Schreiben, in dem sie aufgefordert werden, die Anzahl ihrer Weiterbildungsassistenten/-innen anzugeben. Für jede/n Weiterbildungsassistenten/in erhält der/die Weiterbildungsbefugte dann einen individuellen Zugangscode, den er/sie an die angehende Fachärztin/den angehenden Facharzt weitergeben soll. Der Zugangscode dient der Einwahl in den Online-Fragebogen. Wichtig hierbei ist: Die Anonymität der Teilnehmer bleibt gewahrt.

Weiterbilder und Assistenten haben sechs Wochen lang Zeit, den Fragebogen auszufüllen und darin Auskunft über Stärken und Schwächen des Systems zu geben. Der Fragebogen wird online zur Auswertung an die ETH Zürich gesandt.

Damit das Evaluations-Projekt möglichst viele Assistenzärztinnen und -ärzte erreicht, sind wir auf die aktive Unterstützung der Weiterbilder angewiesen. Bitte achten Sie daher auf ein entsprechendes Schreiben Ihrer Ärztekammer und motivieren Sie Ihre Assistenten dazu, sich an der Umfrage zu beteiligen!

Katja Möhrle

Aktionsbündnis Patientensicherheit

Als wissenschaftliche und gesundheitspolitische Dachgesellschaft mit Beteiligung aller Akteure im deutschen Gesundheitswesen macht sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) für eine sichere Gesundheitsversorgung stark. Seit der Vereinsgründung im Jahr 2005 sind zahlreiche Projekte gestartet. Beispielhaft stehen dafür die Empfehlung zur Prävention von Eingriffsverwechslung, die Aktion Saubere Hände zur Verbesserung der Händedesinfektion in Krankenhäusern, die Veröffentlichung der Broschüre „Aus Fehlern lernen“ oder die Schaffung neuer Fortbildungsangebote zur Fehleranalyse.

Mit der Empfehlung zur „sicheren Patientenidentifizierung“ stellt das Aktionsbündnis ein weiteres Instrument zur Prüfung und Verbesserung der Patientensicherheit vor.

Im Rahmen der Arbeitsgruppe „Patientenidentifikation“ haben Experten gemeinsame Vorschläge erarbeitet, um Verwechslungen in der Versorgungspraxis wirksam auszuschließen.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind so konzipiert, dass sie leicht in die täglichen Abläufe von Kliniken und Praxen integriert werden können. Auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de ist unter Ärzte-Info ein Link zum Aktionsbündnis Patientensicherheit eingestellt.

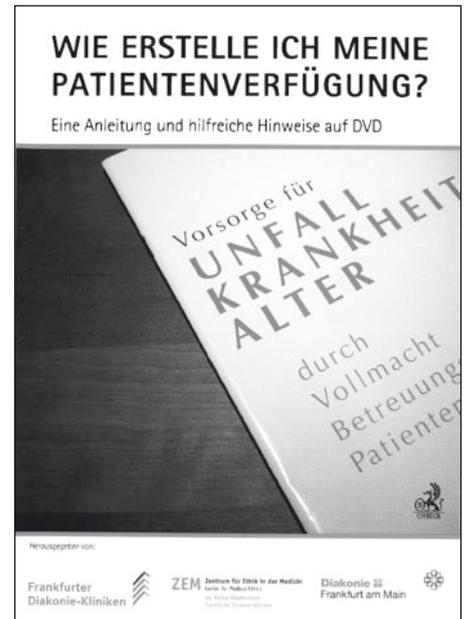
Neues Informationsangebot auf DVD: Wie erstelle ich meine Patientenverfügung?

In ihrer täglichen Arbeit erleben Ärztinnen und Ärzte die Nöte schwer kranker und sterbenskranker Menschen und müssen in schwierigen Beratungssituationen Antworten auf existenzielle Fragen geben. Wenn sich Patienten krankheitsbedingt nicht mehr so mitteilen können, dass ihre Wünsche verstanden werden, kann eine Patientenverfügung dem Arzt dabei behilflich sein, dem Willen des Betroffenen dennoch zu entsprechen. Oft jedoch sind die Patientenverfügungen zu ungenau formuliert.

Aus diesem Grund haben das Zentrum für Ethik in der Medizin am Frankfurter Markus-Krankenhaus, Leiter Pfarrer Dr. Kurt W. Schmidt, und die Frankfurter Diakonie-Kliniken jetzt eine DVD mit dem Titel „Wie erstelle ich meine Patientenverfügung?“ (Gesamtlauzeit 80 Minuten) herausgebracht. Die DVD ist ein Novum. Anders als in den bisher vorliegenden Broschüren zu dem Thema werden die zur Erstellung einer Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht wichtigen Aspekte erstmals in einem professionell (im Markus-Krankenhaus) gedrehten Film behandelt. Zielgruppe sind alle interessierten Bürgerinnen und Bürger, aber auch (Haus-)Ärzte, Betreuungsvereine und Beratungsstellen. In Krankenhäusern kann der Film Anregungen für Veranstaltungen zum Thema „Patientenverfügung“ geben. Einfühlsam und verständlich zugleich erklärt der Ratgeber-Film in Bild und Ton, warum eine Patientenverfügung wichtig ist, wie sie formuliert werden sollte und wo ihre rechtliche Grenzen bestehen. Neben der Anleitung werden dem Zuschauer in Kurzvorträgen medizinische

Erläuterungen aus der Perspektive eines Onkologen, eines Intensivmediziners, einer Neurologin, eines Haus- und eines Notarztes sowie eines Richters gegeben. Im Januar wurde die DVD auf einer Pressekonferenz im Markus-Krankenhaus mit Chefarzt Professor Dr. Markus Sold, Pfarrer Dr. Kurt W. Schmidt, Richter a. D. Klaus Kutzer, ehemaligen Richter am Bundesgerichtshof in Karlsruhe, Dr. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer und Pfarrer Dr. Michael Frase, Leiter des Diakonischen Werks für Frankfurt auf dem Podium unter der Moderation von Dr. Michael Emmrich vorgestellt. Popović berichtete, dass die Bundesärztekammer bereits im Jahr 2004 die Bedeutung vorsorglicher Willenserklärungen in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ hervorgehoben hat. Mit der Patientenverfügung weise der Patient seinen Bevollmächtigten, Betreuer und Arzt an, bestimmte medizinische Behandlungen vornehmen zu lassen oder diese zu unterlassen. „Mit assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe hat dies jedoch nichts zu tun,“ unterstrich Popović. Aufgabe und Auftrag des Arztes sei es, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen: „Die Landesärztekammer Hessen lehnt aktive Sterbehilfe ab, hierzu ist ausdrücklich auch der ärztlich assistierte Suizid zu zählen.“

Die neue DVD kann und will das beratende Gespräch mit dem Arzt nicht ersetzen. Sie ist vielmehr als Informationsmaterial und als Vorbereitung für ein Gespräch mit dem (Haus-)Arzt gedacht.



Die DVD „Wie erstelle ich meine Patientenverfügung“ kann für 5 Euro am Empfang des Markus-Krankenhauses, Wilhelm-Epstein-Straße 2, Frankfurt, erworben oder telefonisch bei der Patientenakademie des Markus-Krankenhauses unter Tel. 069 9533-2020 bzw. per Mail an bestellung@fdk.info bestellt werden. Für Verpackung und Porto kommen noch einmal 3 Euro hinzu.

Auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de ist auf der Seite „Bürger und Patienten“ unter „Patienteninformationen“ Informationsmaterial zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht eingestellt.

Katja Möhrle

Haftungsrechtliche Auswirkungen fehlender Compliance von Patienten

Vorsitzende Richterin am Oberlandesgericht Dr. König-Ouvrier

Unter Compliance versteht man die Bereitschaft eines Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen. Verhält sich der Patient nicht ordnungsgemäß, so gehen darauf zurückzuführende Behandlungsmisserfolge zu seinen Lasten. Mangelnde Compliance liegt aber nur vor, wenn der Patient die Bedeutung einer ärztlichen Befunderhebung, Anordnung oder Empfehlung kennt und sich gleichwohl verweigert. Dies bedeutet, dass der Patient über Art und Ursache seiner Erkrankung sowie Notwendigkeit, Nutzen und Nebenwirkungen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen aufgeklärt worden ist. Klärt der Arzt nicht ordnungsgemäß auf und kommt der Patient der Verordnung nicht nach, was durch ausdrückliche Ablehnung oder stillschweigende Nichtbefolgung geschehen kann, so trifft den Arzt im Falle hieraus resultierender gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht der Vorwurf eines Behandlungsfehlers.

Verweigert der umfassend aufgeklärte Patient seine Mitwirkung ausdrücklich, so sollte der Arzt dies umgehend in den Behandlungsunterlagen dokumentieren. Stellt er im Laufe der Behandlung fest, dass seinen Anordnungen nicht Folge geleistet worden ist, sollte er dies ebenfalls schriftlich vermerken. So muss bei Verlassen der Klinik gegen ärztlichen Rat nicht nur festgehalten werden, dass dies aus eigenem Wunsch geschieht, sondern darüber hinaus, dass der Patient auf die mit einem Behandlungsabbruch einhergehenden Risiken hingewiesen worden ist.

Aus juristischer Sicht kann eine umfassende Dokumentation nur dringend empfohlen werden; sie dient der Entlastung des Arztes im Falle des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers. Eine mangelnde Dokumentation begründet die Vermu-

tung, dass die aufzeichnungspflichtige Maßnahme – also auch der Risikohinweis – unterlassen wurde. Sie kann bis hin zur Beweislastumkehr zugunsten des Patienten führen. Eine nachträgliche Ergänzung der Dokumentation ist zwar möglich und erschüttert nicht grundsätzlich die Indizwirkung der Dokumentation. Jedoch muss der Arzt in einem solchen Fall in zumutbarem Umfang Umstände darlegen und unter Beweis stellen, aus denen sich Glaubhaftigkeit und Vertrauenswürdigkeit der nachträglichen Aufzeichnung ergibt. Unbenommen bleibt es, bei fehlender oder unzureichender Dokumentation den Nachweis der Durchführung des Beratungsgesprächs bzw. der empfohlenen Therapiemaßnahmen im Wege des Zeugenbeweises zu führen. Gelingt dem behandelnden Arzt der Nachweis der Non-Compliance des Patienten nicht – entweder, weil die ordnungsgemäße Aufklärung über die Mitwirkungspflicht nicht feststellbar ist, oder, weil die Nicht-Mitwirkung nicht beweisbar ist –, so ist von einem Behandlungsfehler auszugehen und der Arzt setzt sich einem Haftungsanspruch aus, wenn der Patient Schäden erleidet, die ursächlich hierauf zurückzuführen sind.

Ist der Arzt für die mangelnde Mitwirkung des Patienten nicht verantwortlich, unterläuft ihm aber ein anderer Behandlungsfehler, so sind im Arzthaftungsprozess die Verursachungsanteile für eingetretene negative Folgen abzugrenzen. Auch ist ein Patient, der aufgrund eines Behandlungsfehlers geschädigt wurde, juristisch zur Schadensminderung verpflichtet und muss an einer „Nachbesserung“ mitwirken.

Liegt der Behandlungsfehler in der Unterlassung mitwirkungspflichtiger Anordnungen und kommt es deswegen zu einem Misserfolg der Behandlung, so kann der Arzt einwenden, der Patient hätte seine Mitwirkung ohnehin verweigert (sog. „hypothetische Weigerung“). Da der Arzt in diesem Fall die Ursächlichkeit seines Fehlverhaltens bestreitet, wird der Patient zu beweisen haben, dass er mitgewirkt hätte. Allerdings wird in einem solchen Fall vermutet, dass der Patient sich aufklärungskonform verhalten hätte. Diese Vermutung kann vom Behandler widerlegt werden.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Ingelore König-Ouvrier
Ernst-Ludwig-Straße 76
64560 Riedstadt

Ausschreibung: Hessischer-Naturheilkunde-Preis

Der Hessische Ärzteverband – Naturheilverfahren – e.V. schreibt für 2009 zum 3. Mal den Hessischen-Naturheilkunde-Preis aus, der für experimentelle und klinische Arbeiten auf dem Gebiet der Naturheilkunde vergeben wird. Der Preis ist mit 3.000 Euro dotiert.

Bewerben können sich approbierte Ärzte sowie auf medizinischem Gebiet tätige Wissenschaftler. Die Bewerbungsarbeit ist als gedrucktes oder maschinen geschriebenes Manuskript oder als Sonderdruck mit maximal 10 DIN A 4-Seiten in fünffacher Ausfertigung in deutscher Sprache einzureichen. Sie sollte entweder noch nicht veröffentlicht oder im Einreichungsjahr erschienen sein. Einsendeschluss ist der 31. März 2009.

Weitere Auskünfte über:

Hessischer Ärzteverband – Naturheilverfahren – e.V., Dr. med. Dr. h. c. Ute Boeddrich,
Frankfurter Straße 64, 65428 Rüsselsheim

Sicherer Verordnen

Prävention – Antioxidantien

Zehn Jahre lang wurde bei über 14.000 Ärzten die Auswirkung der Einnahme von Antioxidantien hinsichtlich einer Primärprävention kardiovaskulärer Schäden placebokontrolliert verfolgt. Die Anzahl schwerer kardiovaskulärer Ereignisse war unter der Einnahme von Vitamin C (500 mg/d), Vitamin E (400 IE alle zwei Tage) oder einer Kombination von beiden Stoffen nahezu gleich (betrifft die Anzahl von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Tod, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, koronare Bypässe). Zusätzlich war die Einnahme von Vitamin E mit einer höheren Rate von hämorrhagischen Schlaganfällen assoziiert. Damit bestätigte sich eine frühere Studie bei Patienten mit vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen, in der eine Sekundärprävention mit Vitamin E ebenfalls negative Ergebnisse zeigte.

Quelle: *JAMA* 2008; 300: 2123, zitiert in: *Brit.med.J.* 2008; 337: 1196

Antihypertensiva – Keine Gendereffekte?

In einer neuen Metaanalyse mit fast 200.000 Patienten stellte sich – nicht unbedingt überraschend – heraus, dass eine Senkung des Blutdruckes sowohl für Frauen als auch für Männer sinnvoll ist. Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen mit unterschiedlichen Antihypertensiva sind in Bezug auf eine Schutzwirkung vor schweren kardiovaskulären Ereignissen klinisch nicht relevant („not substantial“).

Möglicherweise können jedoch Unterschiede in der Verträglichkeit existieren. Nach einer Mitteilung bei der 15. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung (GAA) könnten Diuretika für Frauen weniger verträglich sein (dreifach höhere Anzahl an unerwünschten Arzneimittelwirkungen im Vergleich zu Männern), obwohl diese Arzneistoffe in einer repräsentativen Gruppe von GKV-Versicherten bei Frauen weniger häufig verordnet werden. Schon länger bekannt sind ein

empfindlicheres Ansprechen von Frauen auf unterschiedliche Betablocker oder eine höhere Hustenrate von Frauen unter ACE-Hemmern. Im Einzelfall sollten sich diese Unterschiede jedoch aufgrund der großen biologischen Schwankungsbreite zum großen Teil egalisieren, auch wenn z.B. bei Frauen eine unterschiedliche Aktivität der Cytochrom-P450-Isoenzyme im Vergleich zu Männern besteht. Ein grundsätzlich langsames Einschleichen von Antihypertensiva ist nicht nur bei Frauen, sondern auch bei männlichen Patienten angezeigt.

Quellen: *Abstraktband der 15. Jahrestagung der GAA, 20. 11. 2008, Bonn, S. 19; European Heart J.* 2008; 29: 2669, zitiert in *Brit.med.J.* 2008; 337: 1244

HPV-Impfung – Neubewertung?

Eine Anzahl von bekannten Wissenschaftlern hat in einem offenen Brief gefordert, die Ständige Impfkommission (STIKO) solle die beiden HPV-Impfstoffe (Cervarix®, Gardasil®) neu bewerten. Gründe waren die Sorge über übertriebene Wirksamkeitsaussagen (z.B. Reduktion des Gebärmutterhalskrebses um 70 oder gar 98%), über das Fehlen aussagekräftiger Zahlen bzw. von den Herstellern nicht zur Verfügung gestellter Daten. Sowohl die STIKO als auch die Hersteller widersprechen den Aussagen der besorgten Wissenschaftler.

Nachdem auch von anderen Seiten die Werbemaßnahmen zu beiden Impfstoffen als übertrieben dargestellt werden, scheint eine Reevaluation geboten. Bis zu einer besseren Nutzen-Risiko-Abschätzung (z.B. generell unbekanntes Langzeitrisiko der Impfstoffe, Signale von Armplexus-Neuritiden, vermehrtes Auftreten anderer onkogener Viren) scheint es wichtig, insbesondere junge Frauen und deren Mütter darauf hinzuweisen, dass eine HPV-Impfung regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen nicht ersetzen kann.

Quelle: *ansgar.gerhardus@uni-bielefeld, www.akdae.de, Dtsch.Apo.Ztg.* 2008; 148: 5490

„Ukrain“ Zum Zweiten

Eine einstweilige Verfügung gegen die in der November-Ausgabe 2008 zitierte Berichterstattung des Wochenmagazins „Der Spiegel“ betrifft die Inhalte aus dieser Folge nicht. Zusätzlich ist festzuhalten, dass

1. „Ukrain“ auch weiterhin in Deutschland keine Arzneimittelzulassung besitzt.
2. Die Zusammensetzung von „Ukrain“ weiterhin unklar erscheint.
3. jede Anwendung dieses „Krebsmittels“ allein vom Arzt verantwortet werden muss. Eine Produkthaftung nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) durch den Hersteller/Vertreiber entfällt.
4. nach einer Ausnahmeregelung des AMG das Präparat nur für individuelle Patienten einzeln aus dem Ausland bezogen werden darf.
5. eine Erstattung der Behandlungskosten schon einmal in zweiter Instanz wegen übertriebener Darstellung der Behandlungserfolge abgelehnt wurde.

Ärztinnen und Ärzte müssen wissen, dass sie im Fall einer Verordnung von „Ukrain“ finanzielle, haftungsrechtliche und Herstellerrisiken übernehmen. Eine Verordnung von „Ukrain“ kann für den Arzt auch ein berufsrechtliches Risiko bedeuten – etwa wenn der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung durch fragwürdige Motive, etwa finanzielle Interessen, beeinflusst wird.

Ein 2002 publiziertes negatives Urteil (fehlende statistische Angaben, mögliche Interessenskonflikte Monitor-Autor, Herausgeber-Autor, Sponsor-Autor) über eine Studie aus Ulm wurde bereits in der ersten Mitteilung erwähnt.

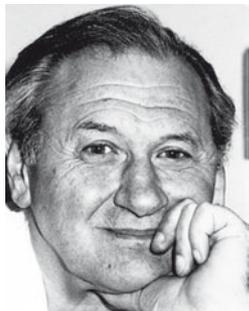
Quellen: *Arzneimittelbrief* 2002; 36: 39, persönliche Gespräche mit dem BfArM

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 1/2009

Im Schatten der Gesundheitsreform: Zank und Streit und jede Menge Fehler

Siegmond Kalinski



Hessen hat jetzt wieder eine ordentliche Regierung, die „Hessischen Verhältnisse“ gehören endlich der Vergangenheit an. Vorbei ist auch die „fünfte Jahreszeit“, wie der Fasching oft genannt wird – der ganz normale biedere Alltag hat uns wieder.

Eine klitzekleine gute Nachricht zuerst

Die Stimmung ist generell düster, die Wirtschaftskrise macht sich in immer mehr Bereichen bemerkbar, ein guter Grund also, eine positive Nachricht gleich an den Anfang zu setzen. Während die neue Gebührenordnung und die neue Berechnung der Regelleistungsvolumina für die Vertragsärzte eine Enttäuschung nach der nächsten brachten, hat es die Bundesärztekammer zugegebenermaßen etwas leichter als die KBV. Ihre Vertragspartner sind ja nicht die Krankenkassen, ergo kann sie bessere Verträge abschließen: Die Ärzte bekommen seit dem 1. Januar 2009 für Berichte an die Bundesagentur für Arbeit, die keine gutachterlichen Leistungen beinhalten, mehr Geld als bisher. Die Vergütung wurde von 21 auf 32,50 Euro angehoben, wobei diese Erhöhung mit der Verpflichtung verbunden ist, den Bericht binnen zehn Tagen zu erstellen und abzusenden. Denn mancher Arzt hatte diese Anfragen bisher auf die lange Bank geschoben, dürfte für fünfundsünfzig Prozent mehr Vergütung aber sicherlich gern umdenken.

Eine Anmerkung zusätzlich: Auch die Umsatzsteuer für das Finanzamt übernimmt die Bundesagentur für Arbeit, denn einige Finanzämter bestehen immer noch darauf, obwohl das Bundessozialgericht vor kurzem entschieden hat, dass für ärztliche Befundberichte ohne nähere gutachterliche Äußerungen keine Umsatzsteuer anfällt.

Ärger mit der neuen Gesundheitsreform

Die neue Gesundheitsreform geht schon in den dritten Monat, doch sie kommt nicht so

an, wie sich das der Gesetzgeber und die KBV vorgestellt haben. Man hat den Eindruck, als kämpfe im Gesundheitswesen jetzt jeder gegen jeden. Die Ärzte untereinander, das ist man leider ja seit Jahren gewöhnt, und auch der Zwist mit den Krankenkassen ist nichts Neues. Ein Novum sind eher schon die Proteste gegen einige Landes- und Bundesministerien – das hat es in der Vergangenheit so noch nicht gegeben. Allerdings betrifft das diesmal die Hessen nicht. Die hessische KV hat zwar in der Vergangenheit nicht den allerbesten Ruf genossen, jetzt aber, da sie sich nicht explizit aus dem Fenster gelehnt hat, ist ihr Renommee durchaus gestiegen.

BEK und TK gegen AOK – die Krankenkassen sind sich nicht grün

Aber nicht nur die Ärzte sind uneins. Die Krankenkassen machen es ihnen nach. BEK und TK haben energisch gegen die Begierde einiger AOKen nach chronisch Kranken protestiert, die so ihre Einkünfte aus dem Risikostrukturausgleich verbessern wollen. Doch es kommt noch schöner: In Baden-Württemberg und in Bayern haben die dortigen AOKen Verträge mit den lokalen Hausärzterverbänden gemäß §73b abgeschlossen, was den Hausärzten eine bessere Honorierung verspricht, was jedoch nicht von allen anderen AOKen goutiert wird. Um ähnliche Verträge für Nordrhein und Hamburg zu verhindern, will die AOK Nordrhein/Hamburg den Hausärzterverband Nordrhein verklagen und per Gericht das Vorgehen des Verbandes überprüfen lassen. Mit anderen Worten: Eine AOK kämpft – zwar indirekt, aber im Grunde genommen ist es nichts anderes – gegen ihre Schwestern! Dass wir so etwas noch erleben dürfen!

Das Bundesversicherungsamt wird's schon richten ...

Derartige Vorgänge passen der Obrigkeit natürlich nicht. Um die Jagd der Krankenkassen auf chronisch Kranke zu stoppen, will das Bundesversicherungsamt die Berechnung des Finanzausgleichs ändern. Nicht die Diagnose des Arztes soll in Zukunft den Ausschlag für die Höhe des Risi-

kostrukturausgleichs geben, sondern die vom Arzt tatsächlich verordneten Medikamente.

Für die Ärzte nach wie vor das Wichtigste: Die Honorierung

Den Vertragsärzten wiederum scheint das Gezänk der Krankenkassen untereinander mehr grotesk als wichtig zu sein und sie eher kalt zu lassen. Was sie beschäftigt, sind die Fragen ihrer Honorierung. Die meist schon fast lächerlich wirkenden Quartalshonorare für ärztliche Leistungen bedeuten für viele Ärzte eine echte Provokation!

Um die Gemüter erst einmal zu beruhigen, beschloss die KBV, die Honorarberechnungen für die Regelleistungsvolumina wieder zurückzunehmen und sie neu zu überdenken. Sie selbst ist an der Misere ja wahrlich nicht ganz unschuldig. Denn sie hatte als Berechnungsgrundlage für Leistungsumfang und Honorar die Zahlen des Jahres 2007 zugrundegelegt, ungeachtet dessen, dass 2008 die Honorare gestiegen sind. Durch diesen Fehler hätten die Doktores ab Januar 2009 für die gleiche Leistung weniger bekommen als im vergangenen Jahr.

KBV-Chef Köhler schreibt einen offenen Brief

Die Unruhe unter den Ärzten war so groß, dass sich Dr. Köhler veranlasst sah, sich mit einem offenen Brief an alle niedergelassenen Kollegen zu wenden. In ihm wollte er, wie er sagte, „den tatsächlichen Ablauf der Honorarreform und die sich hieraus ergebenden Perspektiven“ schildern. Doch er merkte auch an: „Was das neue System tatsächlich für den Quartalsumsatz Ihrer Praxis bedeutet, kann erst nach Abrechnung des ersten Quartals festgestellt werden.“ Und er fuhr fort: „Wir sind bei der Umsetzung abhängig von der Zustimmung unserer Vertragspartner. Die meisten Beschlüsse zur Honorarreform wurden leider konfliktiv getroffen ...“ Nichtsdestotrotz versichert Köhler: „Wir werden uns für eine Überarbeitung der Regelleistungsvolumina einsetzen.“ Köhlers Einsatz in allen Ehren – doch die Kassenärzte werden ihn daran messen, was für sie unterm Strich bleiben wird.

Was soll denn der Junge mal werden?

Klaus Britting

Jetzt, wo niemand so genau weiß, ob wir im Schlaraffenland oder Staatsbankrott landen, spielt die Wahl des richtigen Berufes natürlich eine besondere Rolle. Es macht schließlich einen Unterschied, ob der Sohn Lokomotivführer, Chefarzt oder Insolvenzverwalter wird. Lokomotiven und Insolvenzen wird es immer geben. Im Gesundheitswesen sind eher Zweifel angebracht. Deshalb ist es richtig, wenn sich Eltern schon in der Kita Gedanken machen. Mein Nachbar hat denn auch folgerichtig seinen 12-jährigen Sohn Bernie endlich der Arbeitsagentur vorgestellt. Sollen die sich doch jetzt schon mal überlegen, was der Junge werden könnte, bevor sie später ein Vermögen ausgeben, ihn sinnlos weiterzubilden. Muss der Junge überhaupt so lange auf der Schule bleiben, wenn er dann vielleicht doch Popstar, Fußballprofi oder Ansager bei Volksmusiksendungen wird?

Die Dame in der Agentur ist sofort ganz Ohr. „Deutsch liegt ihm also weniger ...“, resümiert sie die Ausführungen des Vaters. „Und wie ist es mit Mathematik?“ „Nun ja“, sagt mein Nachbar mit belegter Stimme, „er ist da kein Genie, kommt aber durchaus mit.“ Die Dame lächelt verständnisvoll und flüstert: „Also vier minus ...“ Mein Nachbar läuft rot an während sein Sohn grinst. „Und wie findest du denn Biologie oder Physik?“, wendet sich die Agenturdame nun direkt an Bernie. „Geht so“, sagt dieser, und die Dame weiß sofort Bescheid. Denn man soll Kinder nicht zwingen, irgendeinen Beruf zu ergreifen, der sie seelisch beeinträchtigen könnte. Schließlich gibt es Hartz IV. „Welche Fächer sind dir denn in der Schule am liebsten?“, lächelt sie nun Bernie an. „Hm, Sport ..., Musik ...“, gibt der zurück.

„Haben Sie denn an bestimmten Themen ein besonderes Interesse festgestellt?“, fragt sie nun den Vater. „Hm, er spielt gern Fußball und liebt seinen Game Boy. Und er mag unsere Wellensittiche.“ „Oh, wie schön!“, ruft die Dame aus, „er ist also sehr tierlieb.“ Bernie starrt vor sich hin. „Willst du nicht Tierpfleger werden? In einem Zoo

oder Tierheim oder einer Forschungseinrichtung?“, fragt ihn die Dame. „Hm, wenn schon, dann in Afrika, so mit Safari“, sagt Bernie. „Na ja, dafür haben wir keine Ausbildungsmöglichkeit, aber immerhin genügt die Hauptschule“, erwidert die Dame trocken. Der Vater schaut zu seinem Sohn, dem jedoch nicht die geringste Regung anzusehen ist.

Die freundliche Dame von der Arbeitsagentur wischt sich mit einem Tuch die Stirn und nimmt einen neuen Anlauf. „Wie sieht es denn mit seinen handwerklichen Fähigkeiten aus?“ Der Vater schaut zu Bernie und dieser zu ihm. „Also ich glaube, dass er da nicht schlecht ist. Neulich haben sie in der Schule ein Vogelhäuschen gebastelt, aus abgebrannten Streichhölzern. Bernie hat eine 2 für seine Mitarbeit bekommen!“ Mein Nachbar hat plötzlich rote Wangen und ist ganz aufgeregt. „Aus abgebrannten Streichhölzern ...“, murmelt die Agenturdame vor sich hin. „Und sonst ...?“, fragt sie während sie auf die Uhr schaut. „Na ja, er ist ja noch sehr jung ...“, erwidert der Vater ratlos.

Die Agenturdame setzt sich an ihren PC und gibt allerhand ein. Es dauert ziemlich lange, bis sie etwas ausdruckt und dann zu meinem Nachbar sagt: „Ich hatte es mir schon gedacht und werde nun von unserem Computer bestätigt. Ihr Sohn sollte später mal in einem Tierpark arbeiten, am besten in der Vogelstation. Dort braucht er kaum Mathematik und kann bei den Papageien Deutsch lernen, sein Musikverständnis wird ihm helfen. In der Betriebsmannschaft kann er in seiner Freizeit Fußball spielen, zuhause den Game Boy, Hauptschule genügt. Hier ist der Ausdruck.“ „Und hat er denn da Aufstiegsmöglichkeiten?“, fragt mein Nachbar besorgt. „Aber sicher“, sagt die Dame, „bis zu den Giraffen!“

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71
24896 Treia
Telefon 04626 189988



Das Walross

Wälzt es sich in der Sonne
und wird's dabei zu heiß,
denn klettert's mit Wonne
auf Treibmeereis.

So hat es sein Behagen
am thermischen Extrem.
Ihm wurden Heizungsfragen
nie zum Problem.

Zahl ich mit meiner Miete
die Heizungskosten ein,
denk ich, du meine Güte,
ein Walross müsst man sein.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold †

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Wir gratulieren den Kolleginnen und Kollegen zu ihrem Geburtstag und wünschen ihnen für das kommende Lebensjahr alles Gute.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10-jährigen Berufsjubiläum**

Barbara Schäfer, tätig bei Dr. med. R. Pfaff, Neukirchen

Stephanie Maszotta, tätig bei Dr. med. S. Deuker, Marburg

Melda Bicer, tätig bei Dr. med. R. Wegner, Frankfurt a. M.

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen die Arzthelferinnen-Brosche in Gold ausgehändigt.

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Simone Baumeister, tätig bei Dr. med. A. Rohrbeck, vormals Praxis Dr. Daume, Rodenbach

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Arzthelferin eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS-F-12763, ausgestellt am 24.5.2005, für Sabine Becker, Hofheim,

Arztausweis Nr. HS-G-6758, ausgestellt am 23.1.2007, für Dr. med. Constantin Callitsis, Bad Vilbel,

Arztausweis Nr. HS-F-14377, ausgestellt am 13.7.2007, für Karoline Blyemehl, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-13879, ausgestellt am 1.12.2006, für Dr. med. Fariba Khandan, Königstein,

Arztausweis (ohne Angaben) für Katja Kohlsdorf, Mainz,

Arztausweis Nr. HS-D-4737, ausgestellt am 22.12.2005, für Dr. med. Predrag Matić, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS-F-13541, ausgestellt am 2.6.2006, für Dr. med. Brigitte Wiemann-Djafari-Tehrani, Frankfurt,

Stempel Nummer 407627800, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Vordertaunus (Dr. med. Judith Brand, Frankfurt).

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „**Kardiologische Aspekte der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung**“ in der Januar-Ausgabe, Seite 21

Frage 1	4	Frage 6	4
Frage 2	3	Frage 7	5
Frage 3	1	Frage 8	4
Frage 4	3	Frage 9	5
Frage 5	1	Frage 10	2

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Gerold Bäumer, Bad Soden-Salmünster
* 12.3.1924 † 18.12.2006

Dr. med. Hans Bornhoff, Offenbach
* 12.5.1930 † 14.12.2008

Dr. med. Walter von Gierke, Leun
* 8.4.1930 † 27.9.2008

Professor Dr. med. Franz Josef Gottlieb, Darmstadt
* 14.10.1910 † 7.12.2008

Dr. med. Joachim Güntsche, Hanau
* 3.10.1916 † 4.12.2008

Dr. med. Werner Hartung, Dillenburg
* 6.11.1925 † 2.1.2009

Dr. med. Hans-Joachim Kaliebe, Darmstadt
* 5.1.1917 † 1.12.2008

Dr. med. Ferry Kemper, Fulda
* 29.6.1958 † 7.11.2008

Dr. med. Wilhelmine Kynast-Witzel, Wiesbaden
* 21.7.1924 † 4.12.2008

Dr. med. Heinz Leutke, Frankfurt
* 25.1.1920 † 15.12.2008

Dr. med. Gerhard Nießner, Neu-Isenburg
* 20.12.1923 † 15.12.2008

Dr. med. Anni Nündel-Meckbach, Bad Hersfeld
* 19.8.1922 † 16.9.2008

Dr. med. Willi Perschewski, Bad Nauheim
* 10.10.1915 † 9.10.2008

Dr. med. Michael Spiegel, Heusenstamm
* 19.4.1962 † 4.1.2009

Dr. med. John Evans Yeboah, Bad Hersfeld
* 23.7.1934 † 18.11.2008

Landesärztekammer Hessen

Aufgrund § 5 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i. V. m. § 3 Nr. 3 und § 9 Absatz 7 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 12. September und 18. Oktober 2008 folgendes beschlossen:

Änderung der Geschäftsordnung des Gebührenordnungsausschusses der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Geschäftsordnung des Gebührenordnungsausschusses der Landesärztekammer Hessen vom 8. Januar 2001 (HÄBl. 2/2001, S. 86) wird wie folgt geändert:

In § 2 Satz 1 wird das Wort „drei“ durch die Worte „bis zu fünf“ ersetzt.

II.

In-Kraft-Treten

Die Änderung der Geschäftsordnung des Gebührenordnungsausschusses der Landesärztekammer Hessen tritt mit Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt in Kraft.

Die vorstehende, vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 12. September und 18. Oktober 2008 beschlossene Änderung der Geschäftsordnung des Gebührenordnungsausschusses der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

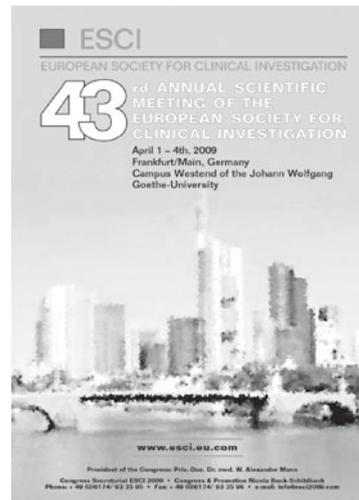
Frankfurt, den 26. Januar 2009

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Verlängerung der Umsetzungsfrist für die Neuregelungen des Krankenhaus-Einsatzplanes (KHEP) Hessen

Mit Erlass vom 17. Dezember 2008 verlängerte das Hessische Sozialministerium die Frist zur Umsetzung des neuen Krankenhaus-Einsatzplanes (vgl. Erlass vom 12. Juni 2007: AZ V7b -StS/V7b -18c 12.13.52) bis zum **30. Juni 2009**.

43rd Annual Scientific Meeting of the European Society for Clinical Investigation



Seit vielen Jahren zum ersten Mal wieder in Deutschland findet vom 1.–4. April 2009 in Frankfurt im Kasino-Gebäude des Campus Westend der Goethe-Universität das 43rd Annual Scientific Meeting of the European Society for Clinical Investigation statt.

Ca. 500 namhafte Mediziner und Forscher aus ganz Europa werden erwartet.

Besonders interessant für deutsche Teilnehmer und insbesondere für Niedergelassene Ärzte sind am Samstag, dem 4. April ab 9:00 Uhr die beiden in deutscher Sprache stattfindenden Workshops des Endokrinologikums zum Thema „Neue Aspekte in der Behandlung des Metabolischen Syndroms und Hyperlipidämie“ und des Onkologikums zum Thema „Neoplasien“.

Weitere Informationen gibt es über info@esci2009.com und www.esci2009.com.

Immer aktuell informiert

Info-Mail-Service der Landesärztekammer

Als Mitglied der Landesärztekammer Hessen möchten wir Sie so aktuell wie möglich informieren. Mit unserem **Info-Mail-Service** halten wir Sie über Fortbildungsveranstaltungen der Akademie und wichtige Nachrichten aus der Kammer auf dem Laufenden.

Wenn auch Sie umgehend über neue Veranstaltungsangebote der Akademie informiert werden wollen und sich für aktuelle Mitteilungen Ihrer Landesärztekammer interessieren, fordern Sie bitte den Info-Mail-Service mit folgenden Angaben bei andreas.lochner@laekh.de an:

Ja, ich möchte den Info-Mail-Service der Kammer in Anspruch nehmen.

Titel:

Vor- und Nachname:

Meine E-Mail-Adresse lautet:

Ich bin damit einverstanden, dass die Info-Mails an diese Mail-Adresse gesendet werden.

Selbstverständlich kann ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

Praktikanten in Arztpraxen

(Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen)

Ein Informationsblatt für Ärzte

Die Landesärztekammer Hessen hatte sich in der Vergangenheit grundsätzlich gegen die Durchführung von Schülerpraktika in Arztpraxen ausgesprochen. Hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht, zum Schutze der Intimsphäre des Patienten und wegen der eingeschränkten Beschäftigungsmöglichkeit von Schülerpraktikanten wollten wir den niedergelassenen Ärzten bislang nicht empfehlen, ihre Arztpraxis als Praktikumbetrieb zur Verfügung zu stellen.

Nachdem uns im Zusammenhang mit den Werbeaktionen für den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte zahlreiche Zuschriften von Ärzten und Schulen erreichen, die ein Schülerbetriebspraktikum in Arztpraxen befürworteten, hat sich das Präsidium entschlossen, seine ablehnende Haltung aufzugeben. Die rechtliche Stellungnahme des Hessischen Sozialministeriums hat uns nachträglich unterstützt. Vom Hessischen Kultusministerium wird die Öffnung von Arztpraxen für Schülerpraktikanten begrüßt. Betriebspraktika leisten immer auch einen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten Berufswahl. Im Folgenden wollen wir einen kurzen Überblick über Praktika für Schüler geben und auf die dabei in einer Arztpraxis zu beachtenden Verordnungen und Vorschriften sowie auf mögliche Probleme hinweisen.

Grundlage für die Durchführung der **Betriebspraktika für Schüler** ist der Erlass des Hessischen Kultusministeriums vom 1. Februar 2005 (www.hessisches-kultusministerium.de). Betriebspraktika sind Unterrichtsveranstaltungen und können von allgemeinbildenden Schulen vom 8. Schuljahr an durchgeführt werden, insbesondere in der Jahrgangsstufe 11 können sie in Zusammenhang mit verschiedenen Fächern/Lernbereichen wie z. B. Arbeitslehre, Sozialkunde durchgeführt werden. Unterrichtsort ist der Betrieb. In seinen technischen, ökonomischen, ökologischen und sozialen Gegebenheiten und Bedingungen vermittelt er dem Schüler Begegnungen und Erfahrungen mit dem Arbeitsprozess. Betriebspraktika dauern i. d. R. zwei bis drei, höchstens vier Wochen.

Die Betriebspraktika begründen weder ein Ausbildungs- noch ein Beschäftigungsverhältnis. Die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes sind aber entsprechend anzuwenden, weil es einem Berufsausbildungsverhältnis ähnelt. Die Zahlung eines Entgelts an die Schüler ist nicht zulässig.

Alle Schüler sind gemäß SGB VII gegen Arbeitsunfälle versichert. Desgleichen sind die Schüler gegen Ansprüche aus der gesetzlichen Haftpflicht versichert. Im Rahmen der Vorbereitung der Schüler sind diese über mögliche Unfallgefahren zu unterrichten und zu sicherheitsbewusstem Verhalten anzuhalten. Wenn das Praktikum innerhalb der letzten neun Monate vor Aufnahme einer Beschäftigung durchgeführt wird, kann die Untersuchung mit der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz verbunden werden, sofern der Schüler das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die in der **zweijährigen Berufsfachschule** erforderlichen Praktika dauern insgesamt 160 Stunden.

In der **zweijährigen Fachoberschule, Fachrichtung Gesundheit**, ist während des ersten Ausbildungsjahres an drei Tagen pro Woche ein Praktikum zu absolvieren.

Folgende Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sind zu beachten:

1. Die Schüler müssen zu Beginn des Praktikums von der Schule **und** dem Betrieb in für sie verständlicher Weise über die Unfallverhütungsvorschriften einschließlich Hygiene, sowie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie während des Praktikums ausgesetzt sein können, belehrt werden. Hier trifft auch die BGR-TRB 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ zu, wonach in bestimmten Fällen ein Antikörperschutz vorhanden sein muss bzw. eine Impfung durchgeführt werden soll.

Es wird dringend empfohlen, bei Schülerpraktikanten den Impf- und Immun-Status gegen verschiedene Infektionskrankheiten zu überprüfen, um zu gewährleisten, dass einerseits vom Praktikanten keine Infektionskrankheiten auf die Patienten übertragen werden, andererseits aber die Praktikanten durch sie nicht gefährdet sind.

Nachfolgend geben wir Ihnen eine Impfempfehlung:

Ausreichender Schutz i. S. einer Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Hepatitis B. Auch sollte die zweite Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln bereits erfolgt sein, andererseits könnten andere nötige Auffrischimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis und Varizellen (sofern nicht bereits an Windpocken erkrankt) bis zum Beginn des Praktikums durchgeführt werden. Besteht kein Hepatitis B-Impfschutz, sollten bis zum Beginn des Praktikums zwei Impfungen durchgeführt worden sein, die dritte Impfung dann sechs Monate später; außerdem sind Impfungen gegen Meningitis C und Influenza zu empfehlen.

Die Vorlage des Impfbuches auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO reicht grundsätzlich aus.

2. Es muss sichergestellt sein, dass die Praktikanten keinerlei Infektionsgefahren ausgesetzt werden. Es handelt sich hier um im Gesundheitsdienst absolut unerfahrene Personen. Da diese i. d. R. nicht vorsorgeuntersucht (schulärztliche Untersuchung erfolgt nur in Einzelfällen) sind, können auch Praktikanten mit chronischen Erkrankungen (Ekzem, Allergien, Diabetes etc.) in einer Praxis einer Infektion ausgesetzt werden, die schwere gesundheitliche Schäden zur Folge haben können. Hier spielen z. B. Viruserkrankungen wie Hepatitis A und B, Cytomegalie- und Epstein-Barr-Virus-Infektionen, Adeno- und Herpes-Viren eine vorrangige Rolle. Aber auch bakterielle Infektionen dürfen nicht vergessen werden (Tbc, Salmonellen u. a.). Immerhin suchen nicht gesunde Personen, sondern Kranke mit oft ungeklärter Diagnose den Arzt auf.

3. Praktikanten dürfen keinen Umgang mit Blut, Urin, Speichel u. a. Ausscheidungen haben. Ihnen dürfen keine Tätigkeit mit schneidenden und stechenden Gegenständen übertragen werden.

4. Der Betrieb muss gewährleisten, dass alle zum Schutz von Leben, Gesundheit und Sittlichkeit der Praktikanten erforderlichen Maßnahmen getroffen werden. Die Praktikanten dürfen keine Arbeiten verrichten, die ihre körperlichen Kräfte übersteigen oder bei denen sie sittlichen Gefahren ausgesetzt sind oder ihre körperliche oder geistig-seelische Entwicklung gefährdet ist.

Der Einsatz von Praktikanten könnte somit nur bei solchen niedergelassenen Ärzten erfolgen, für die obige Bedingungen nicht zutreffen. Im übrigen ist eine Beschäftigung nur im Bereich des Empfangs, in Bestrahlungsräumen (mit Ausnahme von Kontrollbereichen i. S. der Strahlenschutz- und Röntgenverordnung), Gipszimmern u. ä. und mit administrativen Tätigkeiten möglich.

Darüber hinaus sind Schülerpraktikanten in jedem Fall, insbesondere weil sie im Unterschied zu Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/innen und Auszubildenden nicht der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen, besonders umfassend und eindringlich über die Verpflichtung zur Verschwiegenheit aufzuklären sowie über die Bedeutung des Patientengeheimnisses zu unterrichten. Der Praktikant muss sich verpflichten, über alles, was er in der Praxis erfährt, für die Zeit des Praktikums und danach, Stillschweigen zu bewahren. Es empfiehlt sich, die Belehrung und die Verpflichtung schriftlich zu fixieren.

Der Praktikant in der Arztpraxis sollte im Hinblick auf die Verpflichtungserklärung und wegen der erforderlichen sittlichen und geistigen Reife mindestens 14 Jahre alt sein.

Jeder Arzt sollte im Einzelfall unter Abwägung aller beteiligten Interessen selbst entscheiden, ob er einen Praktikanten in seiner Praxis zur Berufsfindung aufnehmen will.

Landesärztekammer Hessen

Abt. Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

Aufgrund § 3 Abs. 2 a der Satzung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen vom 3. Dezember 2003 (HÄBL. 1/2004, S. 53–54), geändert am 5. Dezember 2007 (HÄBL. 1/2008, S. 49–50) hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen in seiner Sitzung am 16. Januar 2009 folgendes beschlossen:

„Geschäftsordnung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

§ 1 Vorstand

- (1) Der Vorstand nimmt die Aufgaben aus der Satzung wahr.
- (2) Die Sitzungen des Vorstandes sind nicht öffentlich. Sie werden von dem Vorsitzenden einberufen und geleitet, im Verhinderungsfall von seinem Stellvertreter. Über jede Sitzung ist ein Ergebnisprotokoll anzufertigen, das vom Vorsitzenden und dem Protokollführer zu unterzeichnen ist. Die Mitglieder des Vorstandes sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet. Der Vorstand soll über die zu treffenden Entscheidungen einen Konsens anstreben, andernfalls entscheidet er mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Stimmenthaltungen gelten als Ablehnung. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder anwesend sind. Weitere Mitglieder des Präsidiums, der Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen sowie die hauptamtliche Leitung und geladene Gäste können an den Sitzungen ohne Stimmrecht teilnehmen. Sie sind ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet.

§ 2 Vorsitzender

- (1) Der Vorsitzende vertritt die Akademie fachlich nach außen.
- (2) Der Vorsitzende nimmt an den Sitzungen der Delegiertenversammlung teil und berichtet dieser mindestens einmal jährlich fachlich inhaltlich über die Akademie.
- (3) Der Vorsitzende hat gemeinsam mit dem für die Akademie zuständigen Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen sowie weiteren vom Präsidium bestimmten Personen dem Präsidium regelmäßig, mindestens halbjährlich, Vorschläge über die strategische Ausrichtung der Akademie zur Entscheidung zu unterbreiten.

§ 3 Sachverständigenrat und Arbeitskreise

- (1) Der Vorstand beruft zu seiner fachlichen Unterstützung und Beratung mit Zustimmung des Präsidiums einen Sachverständigenrat. Er besteht im Regelfall aus bis zu 50 Ärzten universitärer Einrichtungen,

anderer Krankenhäuser, der Vertragsärzteschaft, und soweit sinnvoll, anderer wichtiger Bereiche. Die Sitzungen des Sachverständigenrates werden vom Vorsitzenden der Akademie bei Bedarf einberufen und geleitet.

- (2) Der Vorstand kann zu seiner fachlichen Unterstützung und Beratung Arbeitskreise bilden und korrespondierende Mitglieder berufen.

§ 4 Organisation und Dienstaufsicht

- (1) Die Akademie hat eine hauptamtliche Leitung, die dem für die Akademie zuständigen Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen untersteht und im Auftrage des Präsidiums die laufenden Geschäfte der Akademie führt. In fachlichen Fragen hat sich die hauptamtliche Leitung zwingend mit dem Vorsitzenden abzustimmen. Die hauptamtliche Leitung ist für die Umsetzung des Jahresplanes unter Einhaltung der Haushaltsansätze verantwortlich. Dies beinhaltet die kaufmännische Abwicklung der Geschäftsvorfälle im Rahmen der Vorgaben der kaufmännischen Geschäftsführung. Die hauptamtliche Leitung legt dem Präsidium Quartalsberichte über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben vor.
- (2) Die hauptamtliche Leitung hat in Abstimmung mit dem für die Akademie zuständigen Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen die Dienstaufsicht über das gesamte Personal der Akademie. Sie unterrichtet den Geschäftsführer regelmäßig über aktuelle organisatorische, personelle und haushaltsrelevante Entwicklungen.

§ 5 In-Kraft-treten – Außer-Kraft-Treten

Die Geschäftsordnung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen tritt am 1. Juli 2009 in Kraft. Gleichzeitig tritt die vorläufige Geschäftsordnung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen vom 5. Dezember 2007 (HÄBL. 1/2008 Seite 51) außer Kraft.“

Die vorstehende, vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 16. Januar 2009 beschlossene Geschäftsordnung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 21. Januar 2009



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Aufgrund §§ 5 Abs. 1 und 6 b des Hessischen Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i. V. m. § 13 Abs. 1 i. V. m. Abschnitt D IV. Nr. 15 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBl. 10/1998 S. I–VIII), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009 S. 74), i. V. m. Punkt 5.4.3. der Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion als Anlage zur Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen, in der Fassung vom 10. April 2007 (HÄBl. 5/2007, S. 325–330) hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 14. Januar 2009 folgendes beschlossen:

Geschäftsordnung der Ständigen Kommission In-vitro-Fertilisation/ Embryonentransfer der Landesärztekammer Hessen (GO IVF/ET-Kommission)

§ 1 Aufgabenbereich

- (1) Die IVF/ET-Kommission berät über die Anträge auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V und gibt gegenüber dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen eine Stellungnahme ab. Die Entscheidung über die Stattgabe oder Ablehnung der Anträge auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V obliegt ausschließlich dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen. Die Stellungnahmen der IVF/ET-Kommission haben insoweit keinen verbindlichen Charakter. Das Präsidium kann in seiner Entscheidung hiervon auch abweichen.
- (2) Die IVF/ET-Kommission prüft die Einhaltung der in der Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion definierten fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen. Sie prüft ferner die Qualität der Arbeitsgruppen verfahrens- und ergebnisbezogen und berät diese.
- (3) In den erforderlichen Fällen wird ein Beschluss des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen eingeholt.

§ 2 Zusammensetzung

- (1) Die IVF/ET-Kommission besteht aus mindestens fünf ehrenamtlichen Mitgliedern. Ihr sollen geeignete Ärzte und Juristen angehören, wobei regelmäßig zwei Ärzte als ständige fachliche Berater Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin haben und aktiv auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin tätig sein müssen. Die Kommission kann bei Bedarf zu Einzelfragen Fachgutachter hinzuziehen, die dem Gebiet angehören sollen, dem der zu beurteilende Sachverhalt zuzuordnen ist.
- (2) Die Mitglieder der IVF/ET-Kommission werden vom Präsidium der Landesärztekammer für die Dauer der Legislaturperiode berufen.
- (3) Bis zur Neuberufung bleiben die Kommissionsmitglieder im Amt. Scheidet ein Mitglied während der Legislaturperiode aus, so erfolgt eine Nachberufung für den Rest der Legislaturperiode in einer der nächsten Präsidiumssitzungen.
- (4) Während der Amtsperiode kann ein Mitglied nur aus wichtigem Grund vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen abberufen werden.
- (5) Die IVF/ET-Kommission wählt aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden.

§ 3 Beschlussfassung

- (1) Die IVF/ET-Kommission ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte der Kommissionsmitglieder anwesend sind.
- (2) Beschlüsse bedürfen der einfachen Mehrheit der anwesenden Kommissionsmitglieder. Stimmenthaltungen gelten als Ablehnung. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Sondervoten können zu Protokoll gegeben werden.
- (3) Diejenigen Kommissionsmitglieder, bei denen eine Besorgnis der Befangenheit besteht, sind von der Beratung und Beschlussfassung ausgeschlossen (§ 21 Hessisches Verwaltungsverfahrensgesetz – HessVwVfG). Dies gilt insbesondere für Mitglieder einer bestehenden IVF/ET-Arbeitsgruppe, wenn folgende Themen behandelt werden:
 - Anträge auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V
 - Betriebs- und/oder Geschäftsgeheimnisse genehmigter IVF/ET-Einrichtungen

Der Ausschluss bezieht sich in diesen Fällen sowohl auf die Feststellung der Beschlussfähigkeit als auch die notwendige Mehrheit für die Beschlussfassungen.

- (4) Die Tagesordnungen für die IVF/ET-Kommissionssitzungen sind so zu gestalten, dass vorrangig die allgemeinen fachlichen Fragen/Themen behandelt werden. Bei Fragen/Themen, für die für Kommissionsmitglieder eine Besorgnis der Befangenheit besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann, ist dafür Sorge zu tragen, dass die Beratung und/oder Beschlussfassung ohne die befangenen Kommissionsmitglieder erfolgt.

§ 4 Kommissionssitzungen, Verschwiegenheit

- (1) Die Sitzungen der IVF/ET-Kommission sind nicht öffentlich. Die Mitglieder der Kommission und hinzugezogene Fachgutachter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.
- (2) Soweit erforderlich, nehmen an den Sitzungen Mitarbeiter der Landesärztekammer Hessen teil. Mitglieder des Präsidiums und der Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen können an den Sitzungen der IVF/ET-Kommission ohne Stimmrecht teilnehmen. Sie sind ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet.
- (3) Die Sitzungen der IVF/ET-Kommission finden je nach Bedarf, grundsätzlich jedoch mindestens drei Mal pro Jahr, statt.
- (4) Der Vorsitzende leitet die Sitzung. Im Verhinderungsfall tritt an seine Stelle der stellvertretende Vorsitzende.
- (5) Die Sitzungen werden von der Geschäftsstelle der IVF/ET-Kommission vorbereitet. Für jede Kommissionssitzung wird eine Anwesenheitsliste ausgelegt, in die sich jedes Mitglied persönlich einzutragen hat.
- (6) Die Sitzungen der IVF/ET-Kommission sind zu protokollieren. Das Protokoll soll den Verfahrensgang im wesentlichen wiedergeben.
- (7) Die Sitzungen finden grundsätzlich in den Räumen der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt statt.

§ 5 Beirat

- (1) Zur Beratung der Kommission kann ein Beirat gebildet werden. Diesem sollen mindestens vier ärztliche Vertreter aus in Hessen tätigen IVF/ET-Arbeitsgruppen als Beiratsmitglieder angehören. Jede Arbeits-

- gruppe soll hierfür einen geeigneten Vertreter aus ihrer Arbeitsgruppe bestimmen.
- (2) Werden aus den Arbeitsgruppen insgesamt mehr als vier Vertreter benannt, so entscheidet das Präsidium über die Zusammensetzung des Beirats.
 - (3) Um zu ermöglichen, dass während einer Legislaturperiode der Landesärztekammer Hessen jede in Hessen tätige IVF/ET-Arbeitsgruppe einen Vertreter im Beirat oder in die Kommission einbringen kann, sollen zur Mitte der Legislaturperiode die bislang nicht dem Beirat angehörenden Vertreter (sofern vorhanden) in den Beirat als Beiratsmitglieder aufgenommen werden. Die bislang dem Beirat angehörenden Beiratsmitglieder scheiden in diesem Fall zu diesem Zeitpunkt gegebenenfalls aus.
 - (4) Über die Hinzuziehung des Beirats entscheidet die IVF/ET-Kommission.

§ 6 In-Kraft-Treten

Diese Geschäftsordnung tritt am 1. März 2009 in Kraft.

Die vorstehende, vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 14. Januar 2009 beschlossene Geschäftsordnung der Ständigen IVF/ET-Kommission der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 21. Januar 2009



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Einladung zur 3. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

14. Legislaturperiode 2008–2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 3. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008–2013 lade ich Sie für

Sonnabend, den 28. März 2009, 10:00 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 2. Ordentlichen Delegiertenversammlung vom 22. November 2008**
4. **Bericht des Präsidenten**
5. **Projekt eHBA der BÄK**
Bericht des Vorsitzenden des Ausschusses „Telematik“ der BÄK
6. **Änderung der Fortbildungssatzung und der Richtlinie zur Anerkennung und Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen**
7. **Versorgungswerk**
Änderung von Satzung und Versorgungsordnung
8. **Weitere Änderungen von Rechtsquellen**
 - a) Änderung der Kostensatzung
 - b) Änderung der Aufwandsentschädigung für Ehrenamtliche der LÄKH
 - c) Änderung der Satzung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung

9. **Nachberufung von Vorsitzenden und Stellvertretern der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen**
10. **Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung**
 - a) Bericht des Vorsitzenden der Akademie
 - b) Wahl des Vorstandes der Akademie
 - c) Änderung der Mitgliedsbeiträge
11. **Wahl der Schlichtungsausschüsse der Bezirksärztekammern Frankfurt und Wiesbaden**
12. **Ausbildungswesen Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte**
Nachnominierung für den Berufsbildungsausschuss der LÄKH
Amtsperiode 2007–2011
13. **Verschiedenes**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Meldedaten der Landesärztekammer Hessen



Landesärztekammer Hessen
– Meldewesen –
Postfach 90 06 69
60446 Frankfurt

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

Ihre Adresse ändert sich? Sie haben eine neue
E-Mail-Adresse oder Handynummer? Bitte teilen
Sie uns diese Änderung mit.

Sie können uns nachstehendes Formular über-
senden per Post, online über das Formular
Adressänderungen unter www.laekh.de,
per Mail an meldewesen@laekh.de oder selbst-
verständlich per Fax 069 97672-128.

Vielen Dank!

Mitgliedsnummer			
Name			
Vorname(n)			
ggf. Geburtsname			
Titel/Akademische Grade			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Privatadresse	seit		
	Straße		
	Postleitzahl		
	Ort		
	Telefon		
	Fax		
	Mobiltelefon		
	E-Mail		
	Homepage	http://www.	
Dienstadresse	seit		
	Straße		
	Postleitzahl		
	Ort		
	Telefon		
	Fax		
	Mobiltelefon		
	E-Mail		
	Homepage	http://www.	
Datum	Unterschrift des Mitgliedes		



Zweite Ausschreibung des Anerkennungs- und Förderpreis „Ambulante Palliativversorgung“ durch die DGP

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und die Grünenthal GmbH verleihen in diesem Jahr zum zweiten Mal den mit 10.000 Euro dotierten Anerkennungs- und Förderpreis „Ambulante Palliativversorgung“. Anträge für den Preis können bis zum 31. März 2009 eingereicht werden.

Die Ausschreibung richtet sich an Personen, Gruppierungen oder Institutionen, die sich in besonderer Weise um die Qualitätsentwicklung der ambulanten Palliativversorgung verdient gemacht haben. Anerkennungs- und Förderpreis bedeutet, dass bereits geleistetes Engagement anerkannt und gleichzeitig eine zukünftige Weiterführung gefördert wird.

Die eingereichten Projekte sollen einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Palliativversorgung darstellen und über den eigenen Bereich

hinaus wirken. Der Nachweis dazu muss durch Forschungs- und Projektbeschreibungen, Fachgutachten bzw. entsprechende Publikationen erfolgen. Arbeiten können von allen in der Palliativmedizin tätigen Berufsgruppen eingereicht werden.

Anträge für den Preis gehen an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Aachener Straße 5, 10713 Berlin, E-Mail: dgp@dgpalliativmedizin.de. Der Eingang wird den Bewerbern innerhalb von vier Wochen bestätigt. Die prämierten Arbeiten werden im Rahmen einer Preisverleihung vorgestellt und ein Bericht über die Arbeiten soll in der Zeitschrift für Palliativmedizin veröffentlicht werden.

Die Statuten des Förderpreises und weitere Informationen sind über die Website der DGP (<http://www.dgpalliativmedizin.de>) abrufbar.

Delegierte zum 112. Deutschen Ärztetag vom 19.–22. Mai 2009 in Mainz

- Liste 1 **Fachärzte Hessen**
Professor Dr. Alexandra Henneberg, Echzell
Dr. Peter Zürner, Göttingen
Dr. Klaus König, Eschborn
Dr. Klaus Heckmann, Wiesbaden
- Liste 3 **Fachärzte 60+**
Dr. Alfred Möhrle, Frankfurt
- Liste 5 **Ältere Ärzte**
Dr. Jürgen Glatzel, Bensheim
- Liste 7 **Marburger Bund**
Dr. Susanne Johna, Kiedrich
Dr. Paul Otto Nowak, Frankenberg
PD Dr. Andreas Scholz, Gießen
Dr. Ingmar Hornke, Niedernhausen
Dr. Dr. Hans-Dieter Rudolph, Kassel
- Liste 8 **Die Hausärzte**
Dr. Dieter Conrad, Neuental
Michael Thomas Knoll, Lich
Dr. Detlev Steininger, Darmstadt
Michael Andor, Groß-Gerau
- Liste 9 **ÄrztINNEN Hessen**
Monika Buchalik, Hanau
Dr. Sylvia-Gabriele Mieke, Frankfurt
- Liste 10 **Demokratische Ärztinnen und Ärzte**
Professor Dr. Cornelia Krause-Girth, Frankfurt

Ärztewoche Thüringen 2009

**3.–4. April 2009
Weimar**

Themen: Plenarveranstaltung „Die Generation 50plus“ – Erkrankungen, Diagnostik, Therapie, 4. April Kurse (u. a. Reanimation, Gefäßultraschall, Palliativmedizin, Balint, Reisemedizin, Verkehrsmedizin, Datenschutz, Neue Kooperationsformen) Veranstaltungen für Pflege- und Praxispersonal, Treffen einzelner Berufsverbände, Industrieausstellung.

Veranstalter: Landesärztekammer Thüringen
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Thüringen

Tagungspräsident: Professor Dr. med. Stein, Jena

Das komplette Programm kann angefordert werden:
Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen, Postfach 10 07 40, 07707 Jena. Tel. 03641 614-142.
E-Mail: kopp.akademie@laek-thueringen.de

www.aerztewoche-thueringen.de

Folgende Vertragsarztsitze werden nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Besetzung ausgeschrieben. Die Zulassung des Vertragsarztes/der Vertragsärztin endet und soll durch einen Praxisnachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-----------	--

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Riedstadt	Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
-----------	--

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt/M.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.-Höchst	Internistin/Internist – fachärztlich –
Frankfurt/M.	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt/M.	Internistin/Internist – fachärztlich – (MVZ-Anteil)
Frankfurt/M.	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt/M.-Eschersheim	Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hochtaunuskreis	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Vertragsarztsitz)
Hochtaunuskreis	Urologin/Urologe

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach/M.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Offenbach/M.	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Landkreis Offenbach

Dreieich-Sprendlingen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------------------	--

Dreieich-Sprendlingen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Rodgau-Jügesheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Freigericht-Somborn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Jossgrund	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hanau-Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde
Nidderau-Heldenbergen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Vertragspsychotherapeutesitz)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Landesstelle, Kaufmännische Geschäftsführung, Niederlassungsberatung/Bedarfsplanung, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Gießen

Buseck	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Hälftiger Praxisanteil)
--------	--

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Solms	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –
-------	---

Planungsbereich Wetteraukreis

Friedberg	Fachärztin/Facharzt für Diagnostische Radiologie (Gemeinschaftspraxisanteil)
-----------	--

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6–8, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Hochtaunus

Usingen-Eschbach	Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Usingen	Augenärztin/Augenarzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg	Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde (Überörtl. Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil)
Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie (Teilzulassung)
Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Teilzulassung)
Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Teilzulassung)
Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Psychothera- peutische Medizin und Psychotherapie

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

Praxisvertretung

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts – Landesstelle –

vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die

Kassenärztliche Vereinigung Hessen – Landesstelle – Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon 069/79502-757

zu wenden.

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten lässt, hat sich nach § 20 Berufsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, dass der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.

Bücher

Axel Schüler-Schneider (Hrsg): „... diesen Eid und diesen Vertrag gemäß meiner Kraft und meiner Einsicht zu erfüllen.“ **Ärztliche Identität zwischen Pflichterfüllung und Burnout.** Verlag Schüler-Schneider, Frankfurt. 2008. 107 Seiten. ISBN 978-3-00-025228-0. Euro 19,50.

Als neueste Veröffentlichung im Verlag Schüler-Schneider ist gerade der Tagungsband „... diesen Eid und diesen Vertrag gemäß meiner Kraft und meiner Einsicht zu erfüllen.“ *Ärztliche Identität zwischen Pflichterfüllung und Burnout* erschienen. Er versammelt die wissenschaftlichen Beiträge zum dritten dem Thema Identität gewidmeten Kongress, der 2005 von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim veranstaltet wurde.

Axel Schüler-Schneider fasst in seiner Einleitung die Ergebnisse der ersten beiden Kongresse über Identität zusammen und geht auf die Unterschiede zwischen der Kern- und der Mantelidentität des Individuums ein. In Zeiten einer wirtschaftlich orientierten Gesundheitspolitik beginnen Ärzte nun, sich vertieft über ihr Selbstverständnis auszutauschen und zu befragen.

In seinem historisch orientierten Beitrag zeichnet Rudolf Weiner die Entwicklung der Identität des Facharztes für Chirurgie nach. Es wird deutlich, dass der Chirurg eben nicht bloß als reiner „Operateur“, sondern auch und in erster Linie als „Heiler“ seinen Beruf erfüllt.

Ebenfalls durch eine historische Einleitung bereichert ist der Aufsatz von Axel Schüler-Schneider über die Identität des Facharztes für Innere Medizin, dessen Berufsbild durch die wachsende Spezialisierung einem raschen Wandel unterworfen war und ist. So sehr der Arzt den kranken Menschen und nicht die Krankheit zu behandeln hat, muss er sich vor dem Burnout schützen, um seiner eigentlichen Verpflichtung überhaupt noch nachkommen zu können.

Ernst-Gerhard Loch behandelt in seinem Aufsatz das Berufsfeld des Gynäkologen. Ausgehend von seinem persönlichen Werdegang unterstreicht er, dass eine Ausbildung, die Wissen, Können, Erfahrung und Verhalten des Arztes formt, auch seine Identität prägt.

Gleichsam aus einer Analyse der physischen und psychischen Funktionen der Haut für die Identität des Menschen entwickelt Uwe Gieler eine „Identität an der Oberfläche“ für den Dermatologen, während Dieter Becker, nicht vom Objekt der Therapie sondern von deren Subjekt ausgehend, anhand des Ausbildungsgangs des Ärztlichen Psychotherapeuten die identitätsbildende Rolle des Berufs beschreibt, der auf den Säulen der Selbsterfahrung, Theorie und Supervision ruht.

Der abschließende Aufsatz von Jürgen Hardt über die Identität des Psychologischen Therapeuten beschreibt die Schwierigkeiten, mit denen diese Berufsgruppe zu kämpfen hatte, bevor sie institutionell anerkannt wurde.

Der besprochene Band dokumentiert sowohl aus persönlicher als auch aus fachlicher und soziologischer Perspektive, wie sich die ärztliche Identität – und damit untrennbar verbunden die ärztliche Deontologie – im Spannungsfeld verschieden gearteter Anforderungen seitens der Patienten, der Politik, der Wirtschaft und allgemeiner ethischer Erwägungen an ihrem historischen Ort immer wieder neu definieren und dabei doch stets den antiken Prinzipien treu sein muss, wie sie im hippokratischen Eid mustergültig formuliert wurden.

Nicola Schneider, Universität Zürich